

第 I 章 序論

第 1 節 統合失調症による幻聴が及ぼす患者への影響

統合失調症は、知覚や思考が障害される精神疾患であり、我が国においては、直近の調査で、約 78 万人の患者数が報告されている（厚生労働省,2011）。主な症状として幻覚や妄想が挙げられるが、これらの症状は統合失調症を発症した者（以下、患者）にとって“「自分ではない者たち」（他者） others”として受けとめられることが多い（Sullivan,1953）。

特に、聴覚性の幻覚症状である幻聴は、命令的な口調で聴こえることが多く、その内容は批判的であり、本人しか知り得ない情報が含まれることも少なくないことから、幻聴を絶対的な支配者であると受けとめてしまう患者が多いことが報告されている。また、現実には匹敵するような鮮明さを持ち、第三者の声として聴こえる場合が多いことから、多くの患者が幻聴を侵入性が強く、不快で煩わしいと受けとめていることが報告されている（林,1985；Nayani & Anthony ,1996；Buccheri et al,1996）。

これらの報告は、幻聴が患者の日常生活や対人関係に重大な影響を及ぼす可能性が強いことを示しており、統合失調症を発症した当事者の体験記には、食事、整容、買い物などのごく簡単な日常生活、および、家族や友人、職場で関わる人達との対人関係が、幻聴によって損なわれ、社会的孤立を余儀なくされたという記述が多くみられる（松本,1981；Schiller & Bennett, 1994/1995；森, 2002；藤本ら, 2010）。これらのことから幻聴は、社会的動物である人間の根幹に関わる場合もある、決して軽んじるべきではない症状と考えられる。

第 2 節 幻聴に対する我が国の看護

このような深刻な事態をもたらす幻聴に対する看護は、どのように行われてきたのだろうか。これについての半世紀を、精神看護に関する書物によって振り返

ると、“妄想や幻覚を根掘り葉掘り聞いてはいけない”“患者の幻聴に向う姿勢を、別の方向に向わせようとするのも、看護の1つの技術である。あまり激しい幻聴があれば、手仕事でも一緒にすることが看護上効果をあげることもある”“できるだけ現実的なかわりを多くし、健康部分の拡大をはかるようにする”（浜田ら,1973）などの記述があり、幻聴を話題として採り上げず、患者の関心を他へそらす関わりが示されている。また、“否定も肯定もせず親身な態度でまず聞いた上で、その内容は私には理解できないとか、私には聞こえないけど……。というようにさらりと言ってのけるようにする”（鹿島ら,1986）という記述もみられ、幻聴の内容への言及を控える関わりについて示されている。これらの記述は、精神科看護の一般的な教科書に、ほぼ同様の内容で記載され、現在に至っている。

この理由として、患者の日常生活への援助を重んじる生活臨床（江副・台,1958；台,1978）、および、生活の指導、レクリエーションや作業の実施を重んじる生活療法（小林,1971）の概念を、精神科看護の重要な要素として取り入れてきた経緯が大きく関与していると考えられる（神郡,1975；阿部,2013）。つまり、我が国の精神科看護師は、幻覚等の症状よりも、患者の身の回りの世話や生活指導に重点を置く関わりについて教育を受け、臨床での実践を継続して行ってきたといえよう。

このような働きかけを行う精神科看護師（以下、看護師）は患者にとって、日常生活の支援に深く関わる、身近で親しみやすい医療スタッフとして受けとめられることが多い。したがって看護師は、その働きかけの過程において、幻覚や妄想の訴えに直面する機会が多い職種であると考えられる。実際に本研究者らが、400名以上の精神科に勤務する看護師を対象として実施した調査では、幻聴や妄想の訴えが頻繁にあるとの回答が約8割を占めていた（則包ら,2004）。また、同調査において着目すべきことは、77%の看護師が、幻聴や妄想への対応が難しいと回答し、幻聴や妄想の内容について、38%が“触れる”と回答した一方で、20%が“触れない”、42%が“どちらでもない”と回答したことである。これらの結果は、看護師が患者からの幻聴や妄想の訴えへの対応に苦手意識を持っており、その対応が定まっていないという状況を示唆する可能性があると考えられる。

第3節 幻聴への対処に着目する試み、および、新しいアプローチ

これに対して諸外国では、患者の幻聴への対処行動に着目する試みがなされてきた。Falloon & Talbot (1981) は、幻聴への対処方法をデータとして収集し、患者が自分のできる方法を用いて対処を行っており、患者が幻聴に対して無力ではないことを明らかにした。Tarrier (1987) は、患者の対処を積極的に把握し、対処の強化や、他の対処方法の提案などの支持的な関わりの重要性を報告した。また、我が国でも、幻聴への対処を患者の“自己治癒努力としての側面”として理解し、患者の“病的な行動”が幻聴への対処である可能性を踏まえる視点の必要性を述べた研究がなされている(岩井, 1992; 岩井, 1994)。これらの研究では、患者と医療スタッフの共通の話題として幻聴をとりあげることを前提とし、症状への対処について協同して取り組むことが効果的であると強調されている。

一方、統合失調症の幻聴や妄想へ患者の認知や行動に着目する新しいアプローチが適用され始めている。認知療法は、うつ病患者に特徴的な認知の歪みに着目した Beck によって提唱され、開発された治療法である (Beck, 1979) が、1980年代からは神経症、パニック障害、不安障害、薬物依存等へ適用され、その効果が報告されている。1990年代からは、行動療法の理論や技法を取り入れ、認知行動療法 (cognitive - behavior therapies) として、さらに多くの疾患や臨床現場で発展的に活用されるようになってきている (日本認知療法 HP; 坂野, 2005; 福井, 2005)。これについて当初は、医師による研究がほとんどであったが、21世紀に入ってから、看護師によって、幻聴への肯定的な対処方法を援助するアプローチの必要性 (England, 2005)、および、対処の強化を目的としたプログラムの開発と実践の有効性 (Buccheri et al, 2004; Buffum et al, 2009; Gerlock et al, 2010; Buccheri et al, 2010) に関する研究が報告されるようになってきている。しかし、このような研究報告が、決して多くはなく、体系的な研究報告も極めて少ないことから、幻聴を訴える患者への看護は、世界的な視野においても、確立されていない現状があると考えられる。

本研究者は、認知行動療法の適用を前提として、幻覚・妄想の訴えに対する看

看護師の認知・感情・対処を評価する質問紙の開発に関する研究(白石・則包, 2010)、幻聴が及ぼす影響を患者の認知や感情等の視点で把握する面接マニュアル「ホットチャート」の実践研究(則包, 2013)、および、患者の幻聴への自己対処の把握を目的とした研究(則包・白石, 2014)を、継続して行ってきた。そこで、これらの研究の成果を基盤として、幻聴を訴える患者への効果的な看護を、看護師の側から検討する必要があると考えた。

なお、「認知療法」という呼称で呼ばれている治療法の中におけるバリエーションが、「認知療法」と「認知行動療法」の間に理念的に存在しうるバリエーションよりもしばしば大きくなっている(古川, 2008)現状を踏まえ、本博士論文では「認知行動療法」を、認知療法と認知行動療法の互換が可能な呼称として用いることとする。ただし、第3章 研究2で述べる面接マニュアル「ホットチャート」は、認知療法の理論を基盤として開発したものであると特記しておく。

第4節 本博士論文の構成

本博士論文の第Ⅱ章では、患者への面接によって幻聴への対処を把握し、カテゴリー分類によって対処の特徴を明らかにすることを目的とした研究1『統合失調症患者が行っている幻聴への対処』について述べていく。第Ⅲ章では、幻聴が発生しやすい状況、および、幻聴が及ぼす患者の認知や感情等に対する影響を、面接マニュアルを用いて把握することを目的とした研究2『幻聴が及ぼす影響を多角的に評価する面接マニュアル「ホットチャート」の実践』について述べていく。第Ⅳ章では、「ホットチャート」を用いた面接が看護師に及ぼす影響について、質問紙のデータを統計的な比較と検討を行なった研究3『幻聴がある統合失調症患者への面接マニュアル「ホットチャート」を用いた面接の効果の検証 -精神科看護師の認知・感情・対処の評価から-』について述べていく。そして第Ⅴ章では、それらの研究の総括として、幻聴の訴えに対する効果的な看護について検討を深めたいと考える。

第Ⅱ章 研究1『統合失調症患者が行っている幻聴への対処について』

第1節 背景と目的

統合失調症を発症した患者の言動を表現する際に、“狂った”“奇異な”等の言葉を用いるのは、歴史を遡った過去から現在に至るまで、極めて“一般的な”表現であると思われる。これは、患者の言動が「事実」に反していたり、「常識」を外れていたりにすることに対する、周囲の人々の率直な反応として捉えられるが、そのような患者の言葉に耳を傾け、関係を築いていく過程を“治療”とするアプローチが半世紀以上前に提唱された（Sullivan,1953）。Sullivanは“精神医学の領域を対人的諸関係の学と規定することが、精神医学を科学とするために是非とも必要である”と述べ、患者との“対人関係の場”において、治療者が関与しながら観察することの重要性と有効性を“理論”として説いた。このような主張は、症状である幻聴を、共通の話題とすることによって、“患者と治療者のコミュニケーション可能な部分をさらに拡大していく”関わり（Benedetti,1975/1987；神田橋・荒木,1976；中井,1979；神田橋,1988；中井,1982）、および、幻聴に対する患者の対処に着目する関わり（Falloon & Talbot,1981；Tarrier,1987）に少なくない影響を与えたと思われる。

一方、1960年代に Beck によって提唱された認知療法は、うつ病患者の特徴的な認知の歪みに着目して開発された治療法（Beck,1976/1990）であり、“ある個人の感情と行動は、その人が自分自身を、世界を、未来をどう考えるかによって強く規定される、という仮説を前提とするもの”である（井上,2004）。当初は、主にうつ病患者への治療として試みられたが、1990年代から、行動療法の技法を取り入れながら、認知行動療法（cognitive - behavior therapies；以下、CBT）として、さらに適用範囲が拡大されている。21世紀に入ってから、統合失調症への CBT の有効性を論じた総説（Beck & Rector,2000）をはじめとして、幻聴や妄想を訴える患者に対して CBT の実践を行った研究が報告されるようになっている（Lewis et al.,2002；Turkington et al.,2008；Christodoulides et al.,2008；Penn et al.,2009；Goodlife et

al.,2010)。

以上のような、患者と治療者の人間関係を重視するアプローチと、症状に対する患者の受けとめ方を重視するアプローチという 2 つの流れは、幻聴への対処を把握したうえで、CBT を実践する重要性を指摘する研究 (Tsai & Ku,2005 ; 池淵・向谷地,2005 ; Tsai & Chen,2006)として結びつきながら発展しており、そこにおいては、幻聴の内容だけではなく、幻聴に対する患者の認知・感情・対処等についても共有することが前提となって治療が進められる。しかし、我が国においては、幻聴への対処に焦点を当てて治療的に介入する研究は極めて少なく、CBT の統合失調症への適用に関しても緒に就いたばかりである。

そこで本研究 1 では、幻聴がある患者に半構造化面接を実施することによって、幻聴への対処を詳細に把握し、カテゴリー分類によって対処の特徴を明らかにすること、および、患者が行っている対処を CBT の導入に活かしていく示唆を得ることを目的とした。

第 2 節 研究方法

1 対象者

民間の精神科病院の A 病院とその関連施設、および、幻聴をありのままに語り合う B グループから協力を得て、他者と意思疎通が可能で、持続的な幻聴症状を持っている統合失調症患者を対象者とした。

2 面接方法

本研究者は面接を実施する前に、卓球や茶道教室、定例会等の行事に対象者と一緒に参加する時間を持ち、対象者がリラックスして面接を受けるように配慮した。

面接では、最初にこれまでの幻聴体験のエピソードについて語ってもらい、その場面での対象者の感情に十分に共感した後に、半構造化面接によって、幻聴への対処についての発言を求めた (巻末 p 56 資料 1 インタビューガイド参照)。

面接の実施場所は対象者の希望を優先し、病棟ホールや施設の談話室、喫茶店で行

った。

発言内容は承諾を得て、筆記にて記録した。その際、対象者の口調や表情等の非言語的なメッセージにも着目した。

3 データ分析方法

本研究では、面接によって得られた対象者の発言を、Berelson (1952/1957) の内容分析を参考にしてデータ化を行った。Berelson の内容分析は、“表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、数量的に記述するための調査技法”と定義され、看護領域の研究で頻繁に使用される方法論である（舟島,1999）。本研究での使用については、面接における対象者の発言記録から逐語録を作成し、本研究者らで吟味を繰り返し行いながら、幻聴への対処と考えられる箇所を抽出した。抽出された箇所における文章については、1つの意味内容を1単位として客観的かつ体系的にデータ化を行った。

その後、Lazarus & Folkman (1984/1991) のストレス対処理論を参考にして、データを「情動中心の対処」と「問題中心の対処」に分類し、内容の類似性を軸にしてグループ化を行い、サブカテゴリーを抽出した。さらに類似性を軸に抽象化を行い、カテゴリーの命名を行った。Lazarus & Folkman のストレス対処理論は、刺激に対する主観的判断が、その後の対処行動を規定するという理論であり、対処を「情動中心の対処」と「問題中心の対処」の2つに分け、それぞれの対処は4つの対処モード（直接行為、行為の抑制、情報の収集、認知的対処）によって、実際に遂行され则认为する。したがって、同じ対処モードを用いても、問題の改善を目的とする場合と情動の調節を目的とする場合とでは、異なる対処として分類される。本研究においては、データの分類について、前記の理論を用いた研究経験を持つ研究者1名から定期的にスーパーヴァイズを受けた。

また、本研究では、Lazarus & Folkman の対処理論を参考として、以下のように用語を定義した。

対処：不快と感じる幻聴に対して、効果の有無に関わらず意図的に対応しようとする精神的・身体的な努力

情動中心の対処：幻聴そのものではなく、幻聴から受ける精神的な苦痛の改善を主な目的として行う対処

問題中心の対処：幻聴が根本の問題であることを認識し、その問題の改善や解決を主な目的として行う対処

4 倫理的配慮

最初に主治医、師長、施設長やグループの代表者に研究の趣旨を説明し承諾を得た。対象者には研究の目的、個人情報守秘、研究協力が自由であることを記載した同意書を提示し、口頭で説明を行った。また、面接で“聴こえてくる声”について話題にすることを告げ、不快とを感じる場合は、面接途中であっても研究への協力を拒否すること、研究への協力の可否について治療やスタッフの対応に何ら影響を及ぼさないことを繰り返し説明した。その後、署名にて同意を得た者を本研究の対象者とした。

第3節 結果

1 面接の概要

面接回数は1人1回で、面接時間は 35.5 ± 13.5 分間であり、途中で面接の中止を訴えた対象者はいなかった。

2 対象者の概要

対象者は男性19名、女性11名であった。年齢は 50.2 ± 11.7 歳であり、罹患年数は 26.0 ± 10.4 年であった。治療形態は、入院治療中の対象者が23名、地域生活をしながら通院や施設を利用している対象者は7名であった（表1）。

表1. 対象者の概要

対象者（30名）	
性別	男性 19名(63.3%) 女性 11名(36.7%)
年齢(M±SD)	50.2±11.7歳
罹患年数(M±SD)	26.0±10.4年
治療形態	入院 23名 閉鎖病棟 15名 開放病棟 8名 通院 3名 デイケア 2名 援護寮 2名

3 対処の分類と構造について

データから抽出された対処は、70 件の情動中心の対処と 46 件の問題中心の対処に分類された。

情動中心の対処は、【幻聴と関わらない】【幻聴と関わる】【活動を活発化する】【活動を抑制する】の 4 つのカテゴリーと 14 のサブカテゴリーに分類された（表 2）。

問題中心の対処は、【他者と交流を持つ】【有効な対処の活用】【正確な情報を得る】の 3 つのカテゴリーと 9 のサブカテゴリーに分類された（表 3）。

以下に各内容について述べる。文中の表記は、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』、対象者の言葉は太字で「 」内に示した。

1) 情動中心の対処の分類

- (1) 【幻聴と関わらない】は『無視する』『耐え忍ぶ』『諦める』のサブカテゴリーで構成された。

『無視する』は、幻聴が聴こえても、無関心であるようにする対処方法である。発言例として「ひどい事を言われても、知らん顔して怒らないようにする」「いちいち相手にしたら、ほんまに腹が立つだけやから、相手にしないのが一番や」があり、幻聴を相手にしないようにする対処が語られた。

『耐え忍ぶ』は、幻聴が聴こえても我慢する対処である。発言例として「ただ耐えるのみです。耐えて耐えて耐えるんです。苦しいですが、そのうち聴こえんようになります」「とにかく、ひたすら我慢するんや。何を言われても聴こえなくなるまで待つしかない」など、忍耐の限界に迫る苦しみや辛さと共に語られた。

『諦める』は、幻聴がどうにもならないと受け止めて、悪影響があっても仕方がないと思い込む方法である。対象者からは「幻聴に何をしたらどうもならん。成り行きに任してるんです」「嫌なことを言うのは困るけど、この幻聴は嫌な事を言ってくる幻聴なんだと諦めるしかない」などが自暴自棄な口調で語られた。

- (2) 【幻聴と関わる】は『激しく反論する』『穏やかに反論する』『交渉・懐柔する』『味方だと考える』のサブカテゴリーで構成された。

『激しく反論する』は、幻聴に対して実際に大声を出して怒鳴る方法である。発言例として「今は聴きたくないです」と幻聴に丁寧に言うたら、消えるときも

表 2 情動中心の対処

カテゴリー	サブカテゴリー	発言例
幻聴と関わらない (23)	無視する (12)	ひどい事を言われても、知らん顔して怒らないようにする
	耐え忍ぶ (8)	ただ耐えるのみです。耐えて耐えて耐えるんです。苦しいですが、そのうち聴こえんようになります
	諦める (3)	幻聴に何をしたらどうもならん。成り行きに任してるんです
幻聴と関わる (18)	激しく反論する (9)	しつこい時は、“うるさい！”と怒鳴るときもあるけど、こっちの弱みを知っているから負ける
	穏やかに反論する (3)	“今は聴きたくないです”と幻聴に丁寧言うたら、消えるときもあってホッとする
	交渉・懐柔する (3)	ここまでだったら言う事をきくと決めて、ある程度の事は従う。そうすると幻聴の機嫌が良くなる
	味方だと考える (3)	死んだお婆あちゃんが言っているんだと思うと、幻聴が聴こえてもけっこう気が楽になるんです
活動を活発化する (21)	興味・関心のある活動を行う (8)	外出して買い物に行くと、気にならんようになる
	テレビ・音楽鑑賞を行う (7)	部屋がシーンとしているより、テレビやラジオがついて騒がしい方が、幻聴が聴こえにくい
	身体活動を行う (3)	幻聴があつたら、運動や散歩で体を動かすと良い
	信仰に関する活動を行う (3)	幻聴が聴こえたら怖いから、すぐに手を合わせて神さんに拝むんや
活動を抑制する (8)	行動を控える (3)	幻聴が聴こえはじめた時は、行動を控えておとなしくしておくと、幻聴もおとなしくなるのです
	入眠する (3)	寝ているときは聴こえないので早く寝るようにします
	テレビ鑑賞や読書をやめる (2)	テレビを観ると余計に幻聴が聴こえてくるんや。だからテレビは消す

()内は件数

表 3 問題中心の対処

カテゴリー	サブカテゴリー	発言例
他者と交流を持つ (21)	医療スタッフへの相談 (14)	先生や看護師さんに幻聴が聴こえる話をして、どうしたら良いか相談する
	親・知人への相談 (5)	幻聴が辛い事を言ってくると、お母さんに言って対処と一緒に考える
	積極的なコミュニケーション (2)	1人で過ごすより、積極的に人と会って会話するほうが幻聴の出番が少なくなる
有効な対処の活用 (17)	主体的な服薬 (7)	あつ、聴こえだしたかな？と思ったら、すぐに薬を飲むようにしています
	音楽の活用 (4)	自分の好きな曲を聴きながら、一緒に口ずさむと幻聴が消える事がわかった
	体調・生活の調整 (3)	規則正しい生活をしていれば幻聴も聴こえにくい。体調を崩すと幻聴が強くなるから、だらだらと過ごさん事が大切や
	幻聴の外在化 (3)	寝る前に、幻聴の内容とかを日記につけてみると、心がスッキリして、整理できる
正確な情報を得る (8)	積極的な情報収集 (4)	自分がどんな病気かを知る事を意識して、講演会や集会に参加している
	幻聴の確認 (4)	幻聴が聴こえた時には親や周りにいた人に“今こんな声が聴こえた？”と尋ねて確認しています

()内は件数

あってホッとする」「“静かにして下さい”と落ち着いてお願いをすると幻聴もなごやかになります」などがあり、“～です”、“～して下さい”の丁寧な口調が有効であるとの発言がみられた。

『交渉・懐柔する』は、幻聴と合意をしたり、お世辞を使ったりする対処である。発言例として「ここまでだったら言う事をきくと決めて、ある程度の事は従う。そうすると幻聴の機嫌が良くなる」「“その通りです。すごいですね。おっしゃる通りです”と言い続けると、その内に聴こえんようになる」などが語られた。

『味方だと考える』は、幻聴を自分にとって脅威ではない存在からのメッセージであると考えた対処である。発言例として「死んだおばあちゃんが言っているんだと思うと、幻聴が聴こえてもけっこう気が楽になるんです」「幻聴は神の声だと思ひ込みます。すると自分がジャンヌ・ダルクになったみたいで、選ばれたような感じになり、気分が良くなってきます」などの発言が語られた。

(3)【活動を活発化する】は『興味・関心のある活動を行う』『テレビ・音楽鑑賞を行う』『身体活動を行う』『信仰に関する活動を行う』のサブカテゴリーで構成された。

『興味・関心のある活動を行う』は、買い物や趣味など自分の興味や関心がある事を行い、幻聴への意識の集中を避ける対処である。発言例として「外出して買い物に行くと、気にならんようになる」「好きな作業に没頭しているときは幻聴が聴こえんで、調子が良い」があった。

『テレビ・音楽鑑賞を行う』は、テレビの音声や音楽の聴覚刺激によって、幻聴を遮る対処である。発言例として「部屋がシーンとしているより、テレビやラジオがついて騒がしい方が、幻聴が聴こえにくい」「はじまったら、ロックやポピュラー音楽を聴く。すると気分が良くなる」などがあった。

『身体活動を行う』は、運動や散歩などを行って幻聴に対処する方法である。発言例として「幻聴があったら、運動や散歩で体を動かすと良い」「散歩して自然にふれると気分転換になって調子良い」などが語られた。

『信仰に関する活動を行う』は“祈り”などの儀式的行為による対処であり、発言例として「幻聴が聴こえたら怖いから、すぐに手を合わせて神さんに拝むんや」

「気持ちの持ち様が大切ですから、お祓いを受けて神様に祈ります。そうすると一つの折り目となって爽快な気持ちになります」があった。

- (4) 【活動を抑制する】は 8 件であり、『行動を控える』『入眠する』『テレビ鑑賞や読書をやめる』で構成された。

『行動を控える』は、活動量を減らしたり、他者との接触を避けたりする方法であり、発言例として「幻聴が聴こえはじめた時は、行動を控えておとなしくしておくと、幻聴もおとなしくなるのです」「他の人と会わずに 1 人で過ごすほうが幻聴を刺激しない」などが語られた。

『入眠する』は、睡眠中は幻聴が聴こえないことを利用する対処である。発言例として「寝ているときは聴こえないので早く寝るようにします」「幻聴は夢にまでは出てこないから、さっさと寝る」がみられた。

『テレビ鑑賞や読書をやめる』はテレビや読書からの刺激を避ける試みである。発言例として「テレビを観ると余計に幻聴が聴こえてくるんや。だからテレビは消す」「幻聴が聴こえる時は、活字など本を読まないようにしています」がみられた。

2) 問題中心の対処の分類

- (1) 【他者と交流を持つ】は『医療スタッフへの相談』『親・知人への相談』『積極的なコミュニケーション』の 3 つのサブカテゴリーで構成された。

『医療スタッフへの相談』は看護師や医師、カウンセラーなどの医療スタッフに相談する対処である。発言内容として「先生や看護師さんに幻聴が聴こえる話をして、どうしたら良いか相談する」「看護師に相談していろんな幻聴撃退法を教えてもらっている」など、身近な医療スタッフに助言を求める例が挙げられた。

『親・知人への相談』は親や知人に相談する対処であり、発言例として「幻聴が辛い事を言ってくると、お母さんに言って対処を一緒に考える」「理解してくれる仲間がいるから、相談してアドバイスをもらいます」が語られた。

『積極的なコミュニケーション』は、他者と積極的に接してコミュニケーションをとることによる対処である。発言例として「1 人で過ごすより、積極的に人と会って会話するほうが幻聴の出番が少なくなる」「ボランティアで社会参加に踏み

込んだら、そこから幻聴の内容が良い方向に変化した。だからボランティアはできるだけ続けている」がみられた。

- (2) 【有効な対処の活用】は『主体的な服薬』『音楽の活用』『体調・生活の調整』『幻聴の外在化』の4つのサブカテゴリーで構成された。

『主体的な服薬』は、定期・頓服薬の確実な服薬による対処であり、発言例として「あっ、聴こえだしたかな？と思ったら、すぐに薬を飲むようにしています」「いつも飲んでいる薬と寝る前の薬を確実に飲む事、それから調子が悪いなと思った時に頓服を飲む事が大切や」などが挙げられた。

『音楽の活用』は、音楽を能動的に聴く対処であり、発言例として「自分の好きな曲を聴きながら、一緒に口ずさむと幻聴が消える事がわかった」「幻聴に対抗するのは、ヘッドホンでボリュームを上げて音楽を聴く事が一番良い」などの音楽の活用方法が語られた。

『体調・生活の調整』は、自らの体調や生活リズムに配慮する対処である。発言例として「規則正しい生活をしていれば幻聴も聴こえにくい。体調を崩すと幻聴が強くなるから、ダラダラと過ごさん事が大切や」「自分で決めたスケジュールに沿って過ごすと幻聴が弱る事が経験的にわかった」がみられた。

『幻聴の外在化』は、幻聴との会話を文章にしたり、物に置き換えて表現したりする対処であり、発言例として「寝る前に、幻聴の内容とかを日記につけてみると、心がスッキリして、整理できる」「あまりに酷い事を言ってくる時には、人形やぬいぐるみを検察官や幻聴の役に当てはめて、模擬裁判をします。そこで幻聴を裁いてもらう」などが語られた。

- (3) 【正確な情報を得る】は『積極的な情報収集』『幻聴の確認』の2つのサブカテゴリーで構成された。

『積極的な情報収集』は、疾患に関連した講演会への参加や専門書を読んで、幻聴の情報を得る対処であり、発言例として「自分がどんな病気かを知る事を意識して、講演会や集会に参加している」「専門書を図書館で読んで、自分で勉強した。幻聴が病気の症状だとわかって納得した」などがみられた。

『幻聴の確認』は、自分または他者を通じた確認によって対処する方法であ

り、発言例として「幻聴が聴こえた時には親や周りにいた人に“今こんな声が聴こえた？”と尋ねて確認しています」「幻聴が聴こえてきたら、その方向に行き、本当かどうかを確認している」などがみられた。

第4節 考察

1 幻聴に対する情動中心の対処について

情動中心の対処は、【幻聴と関わらない】と【幻聴と関わる】、および【活動を活発化する】と【活動を抑制する】の 카테고リーに分類され、幻聴に対して相反する方法で対処をしていることが明らかになった。これは、幻聴が及ぼす感情への対処について、患者が困惑していることを示唆していると考えられた。

【幻聴と関わらない】対処は、今回の調査では、最も多く用いられており、幻聴が聴こえていないように振る舞ったり、幻聴が聴こえなくなるまで耐え続けたり、幻聴に屈服してしまう方法であった。これらの方法によって、一時的には、幻聴が及ぼす影響の改善が可能であるかもしれない。しかし統合失調症を発症した当事者の手記には、幻聴が時に現実に匹敵するような鮮明さで聴こえ、何度も執拗に繰り返されることが共通して書かれており（Schiller & Bennett, 1994/1995；森, 2002；浦河 べてるの家, 2005；藤本ら, 2010）、長期的な観点から考察すると、患者の負担が大きい対処であると思われる。また Tsai&Chen(2006)は、このような対処を行う患者が多いことと医療スタッフ側の患者への情報提供の不足との関連性について指摘しており、患者がこのような対処だけを用いている場合は、医療スタッフからの情報提供等の介入が必要と考えられた。

【幻聴と関わる】対処では、幻聴に対する関わり方において、『激しく反論する』のように症状に巻き込まれてしまう方法と、『穏やかに反論する』『交渉・懐柔する』の冷静な方法を用いていることが明らかになった。これらのことから、患者は関わり方を工夫し、幅広い方法で、幻聴へ対処していることが示唆された。また、『味方だと考える』のような認知を変容させる対処も用いており、CBTの知識が無くてもCBT的な対処を行っていることが明らかになった。

活動についての対処は、【活動を抑制する】対処に比べて【活動を活発化する】対処が多く用いられており、先行研究（Tarrier, 1987：江畑,1999：Tsai & Ku, 2005）と同様な結果が得られた。活動を活発に行うことは、他の刺激を多くすることによって幻聴の影響を紛らわそうとしていると考えられ、幻聴がある患者に、画一的に静かな環境を提供するのが効果的ではないことが推察された。

2 幻聴に対する問題中心の対処について

問題中心の対処では、幻聴が根本の問題であることを自覚した対象者が、【他者と交流を持つ】、【有効な対処の活用】、【正確な情報を得る】の冷静かつ論理的な方法によって対応していることが明らかになった。

【他者と交流を持つ】対処では、対象者が『医療スタッフ』や『親・知人』に幻聴の対処について相談をしたり、幻聴の頻度や内容の改善を目的とした『積極的なコミュニケーション』によって、意識的に他者と接する方法を行ったりしていた。これは、幻聴を持つ患者が他者との交流を拒むのではなく、人とのつながりを深めることで幻聴に対処しようとしていることを示唆するものである。特に医療スタッフへの相談が多いことを踏まえ、幻聴の訴えに対して、事務的ではなく誠実に対応し、患者の対処として捉える姿勢が必要と考えられた。

【有効な対処の活用】では、幻聴への対処として、薬物療法を順守することから、音楽鑑賞やぬいぐるみを用いる等のユニークな着想や工夫をしたものまで多彩な方法を用いていることが明らかになった。これらの対処に共通するのは、過去の成功体験から学ぶという姿勢であった。Falloon&Talbot（1981）は幻聴に対して有効だと考える対処を複数持っている場合は、主観的幸福感や症状に対するコントロール感が高いと報告しており、対処を用いることによる成功体験を持つことができるような援助の重要性が示唆された。

【正確な情報を得る】対処である『積極的な情報収集』は、幻聴の根本的な原因である自らの疾患についての情報を得ようとするものであり、患者が幻聴を“問題”として捉えようとする明確な意志が感じられる対処であると思われた。また、幻聴の確認を自分で、もしくは周囲の人に依頼して行うことは、幻聴に対して距離を置いて、

客観的な視点で接する姿勢につながる対処であると考えられた。

3 CBT の導入への示唆

CBT では、患者と治療者が協同して治療を進めていく協同的経験主義が基盤となるが、その前提となるのが患者と治療者との信頼関係である。治療者が患者の幻聴への対処を顧みることなく、一方的に CBT を実施しようとした場合に、信頼関係の構築が阻害される可能性があると考えられる。また、Yusupoff & Tarrier (1996) は、患者が行っている対処を強化する対処方略増強法 (CSE : coping strategy enhancement approach) が幻覚・妄想の減少に効果的であると報告し、患者が実際に行っている対処を同定し、評価することが重要であると述べている。本研究で実施した面接によって、患者がすでに行っている対処を把握しながら共有していく過程を、信頼関係の構築と幻聴の改善につながるものと捉えて、CBT の導入に活かすことが重要であると示唆された。

また、幻聴の対処について医療スタッフにアドバイスを求めることを、多くの患者が対処として用いていたことは、CBT を導入するきっかけとして着目する場面であると考えられた。またそのような場面は、幻聴に対する患者の認知、感情、内容等を具体的に把握できる機会でもあり、CBT の実施に必要な情報収集につながると考えられた。

また対象者が、幻聴そのものを問題として捉え、その改善を目的として様々な対処を行っていることも明らかになった。CBT は基本的に問題解決志向であり、このような対処との共通点を患者に説明しながら CBT を導入すると、患者にとって抵抗が少なく受け入れやすいのではないかと思われた。

今回の結果から、幻聴に対して患者が様々な手段を用いて対処しようとしていることが明らかになった。これを踏まえると、患者に幻聴との“孤独な戦い”を強いてはならないと考える。宮園ら (2012) は、地域で生活する統合失調症患者の QOL (quality of life) の維持や向上には、患者の家族や友人によるソーシャルサポートが大きく影響すると述べている。患者の孤立を防ぐためにも、まずは医療スタッフが、幻聴への対処の把握を手がかりとした積極的な関わりを患者に行っていくことが重要であると考えられた。

第 5 節 研究 1 の課題

研究 1 では、長期間にわたって入院治療中である対象者の割合が多いことから、制約された環境の中での対処方法が抽出されている可能性が否定できないことが、本研究の課題である。

第Ⅲ章 研究 2『幻聴が及ぼす影響を多角的に評価する面接マニュアル「ホットチャート」の実践 - 認知療法の視点を取り入れた幻聴のアセスメント - 』

第 1 節 背景と目的

幻聴は、患者にとって侵入性の強い不快な体験として捉えられることが多く、引きこもりなどの社会的孤立、物質依存や自殺等の深刻なリスクをもたらす可能性が高いことが報告されている（Falloon & Talbot, 1981 ; Cheung et al,1997）。

このような幻聴に苦しむ患者に対して、薬物療法に軸足を置く治療が行われるのが一般的であったが、近年では、薬物療法と CBT の併用が効果的であるとの報告がなされている（Rector & Beck, 2001 ; Turkington & Dedley, 2004 ; 原田, 2006 ; Rathod et al,2010）。これまで統合失調症は、認知機能が不可逆的に障害される疾患として、CBT の適用が困難であるとされてきたが、薬物療法の進歩と早期介入によって、患者の認知機能が保たれるケースが多くなったことが、CBT の適用を可能にした理由の一つとして挙げられるであろう。

これらの報告は、統合失調症の治療効果の促進と、治療方法の選択肢が増えることを示しており、CBT の適用は患者にとって朗報であると思われるが、これを看護師の側においても“朗報”として捉えていく姿勢が必要であると考ええる。Freeman(2004/2008)、北野ら（2004）、前川（2006）が、幻覚や妄想を訴える患者に対して、CBT の実践を試みた報告は、そのような姿勢を看護師側から明確に示した研究として着目するべきものと考ええる。

しかしながら、それらの試みを実践した研究報告は、我が国において極めて少ない。そこで本研究 2 では、CBT の理論を基盤として作成した面接マニュアルを用いて、幻聴に対する患者の認知や感情に焦点を当てながら、幻聴が患者に及ぼす影響を多角的に把握することを目的とした。

第 2 節 研究方法

1 対象者

入院治療中で幻聴の症状が持続中の統合失調症患者を対象者とした。

2 データ収集方法

1) 面接マニュアル「ホットチャート」の作成と概要

幻聴のアセスメントに関する先行研究（石垣, 2001）と、認知療法の基本概念である“認知が、感情や行動を規定する”（Beck, 1976/1990; 井上, 2004; 坂野, 2005）を参考にして、幻聴が患者に及ぼす影響を多角的に捉えることを目的とした面接マニュアル（以下ホットチャート）を作成した（図 1）。「ホットチャート」は、『幻聴の起こりやすい状況』『幻聴の内容』『認知』『感情』『身体（生理）的变化』『行動』『対処』の 7 つの質問項目から構成され、各質問への患者の発言を看護師が記載する様式である。認知療法では患者が“今、まさに”体験している「熱い」認知（“hot” cognition）を対象とした介入が重要とされる（井上, 2004）ことから、本様式を「ホットチャート」と命名した。ホットチャートには各質問に対する対象者の回答を、面接をする看護師が記述する欄を設けた。さらに、認知と感情のそれぞれの強さの程度について、5 段階での評価を求める欄を設けた。これは、自分の認知や感情を患者が数値化して客観的に表現すること、および、一定の期間毎にホットチャートを用いた面接を数回実施するなかで、幻聴が及ぼす影響の変化を患者が自覚しやすくすることを目的としたものである。

2) 面接方法

面接は 2008 年 6 月に行い、対象者がリラックスできることを配慮し、病棟内に設けられたカンファレンスルーム（入院患者と医療スタッフとの面接や心理検査等が行われる部屋であり、静かでプライバシーが確保される環境である）で実施した。

最初に、これまでの幻聴体験のエピソードについて尋ね、対象者の語りに傾聴し、共感を示した。その後、ホットチャートを提示し、“ここ最近で一番悩まされている幻聴”について話をしてほしいことを依頼した（巻末 p 59 資料 2 インタビューガイド参照）。対象者の了解を得て、各質問項目に沿って質問を行い、回答を

<div style="display: inline-block; border: 2px solid black; padding: 5px;"> ホットチャート </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> 幻聴に伴う非機能的認知を評価 するための面接マニュアル </div>		イニシャル _____ さん 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 回め 開始時刻 _____ 終了時刻 _____ _____ : _____ ~ _____ : _____
Q1) 声は〇〇さんが何をしている時に聞こえますか？（状況）		
Q2) 声は〇〇さんに何と言うのですか？（内容）		
Q3) 声が聞こえると、〇〇さんは、どんなことを考えますか？（認知） その考え方は、一番強い時を 5 とすると、どれくらいの程度ですか？		
Q4) 声が聞こえると、〇〇さんはどんな気持ちになりますか？（感情） その感情は、一番強い時を 5 とすると、どれくらいの程度ですか？	悲しみ・怒り・驚き・恐怖・ 嫌悪・幸福等	
Q5) 声が聞こえると、〇〇さんの体はどのように反応しますか？（身体）	冷や汗・動悸・赤面・悪寒等	
Q6) 声が聞こえた時には、〇〇さんはどのような行動をしますか？（行動）		
Q7) 声が聞こえた時には、〇〇さんはどう対処していますか？（対処行動）		
Q8) 〇〇さんにとって、声について話すことはどのように感じましたか？（面接の感想）		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;"> 説 明 </div>		
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q1 状況 内容記載欄 </div> <div style="height: 40px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q2 内容 内容記載欄 </div> <div style="height: 40px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q3 認知 程度：強 5・4・3・2・1 弱 </div> <div style="text-align: center; padding: 5px;">内容記載欄</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q5 身体 </div> <div style="text-align: center; padding: 5px;">内容記載欄</div> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q4 感情 程度：強 5・4・3・2・1 弱 </div> <div style="text-align: center; padding: 5px;">内容記載欄</div> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q6 行動 </div> <div style="text-align: center; padding: 5px;">内容記載欄</div> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Q7 対処・Q8 感想・備考 </div> <div style="text-align: center; padding: 5px;">内容記載欄</div> </div> </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; display: inline-block;"> 説 明 </div>		

図 1 ホットチャート

記載した。全ての質問が終了した時点で、ホットチャートの記載欄が患者から見える位置に配慮し、状況から対処までの過程、および各項目の相互性と関係性を患者に指し示しながら説明と確認を行った。その際、患者から追加や修正の発言があれば、速やかに応じるように配慮した。なお面接の際には、幻聴を“声”という柔らかい表現に言い換えて実施した。

なお、本研究 2 において、行動と対処を以下のように定義した（石垣, 2001 ; VandenBos, 2007）。

行動：幻聴に対する無自覚な反応

対処：幻聴に対する主体的かつ意図的な行動

3) 倫理的配慮

まず主治医、師長に研究の趣旨を説明し承諾を得た後、対象者に研究の目的、個人情報の守秘、発言を記録すること、研究参加の拒否・中断が自由であることを記載した同意書を配付し、研究者が口頭で説明を行い、署名にて同意を得た。

第 3 節 結果

1 対象者の概要

対象者は、4 名（以下 A 氏、B 氏、C 氏、D 氏）であり、男性 2 名、女性 2 名で、年齢は 48.3 ± 9.9 歳であった。急性期病棟に入院治療中であり、入院回数は 4 ± 2.4 回であった。本研究への協力は、入院から 4 ヶ月以内に行われた。面接回数は 1 人 1 回で、面接時間は 26.8 ± 7.4 分間であった（表 4）。

表4 対象者の概要

対象者	年齢	性別	入院回数	面接時間(分)
A	50歳台前半	女性	7回目	23
B	30歳台前半	男性	2回目	37
C	50歳台後半	男性	5回目	20
D	50歳台前半	女性	2回目	27

2 面接における対象者の発言内容

以下にそれぞれの対象者が面接において語った内容を、質問項目に沿って述べる。対象者の言葉は太字で「 」内に示し、研究者が追記した箇所は（ ）で示した（表 5）。

1) A 氏

A 氏にとって幻聴が起こりやすい状況は「起きているときは、時刻や場所を問わず、ほとんどいつでも」であり、内容は「日常生活のほとんどの事に乱暴な言葉で命令する」であった。具体例として「トイレに入ると『時間が長いぞ』『そのくらいしかでないのか』、風呂に入ると『洗い残しがないか忘れないようにしろ』」を挙げ、それらの内容に対して「声のにせられてしまっている」「声に従ってしまうのではないかな？ 声に逆らえないのではないかな？」などの認知を述べた。その一方で、「知り合いの夫婦の声で聴こえるが、現実にはそんなことを言わないことはわかっている」という認知も述べていた。感情については「イライラする。嫌な気持ちになる」という不快なものであることが語られ、身体的には「ドキドキする。トイレに何度も行きたくなる」などの生理的変化が起こると述べた。また、幻聴によって「動くことや人と話すこと、行事等への参加が億劫になる」など行動に変化が起こり、独りで過ごす傾向が強くなると述べた。また、幻聴に対して「そうじゃないと反論したり、聞き流すようにしたり、無視しようとするが上手くいかない」など非効果的な対処と「眠ると声は聴こえないので、服薬してよく眠るようにする」という効果的な対処を述べた。

2) B 氏

B 氏にとって幻聴が起こりやすい状況は「入浴中」や「母が運転する車の助手席に座っている時」であり、内容は「『死ね！死ね！』 が何度も繰り返し聴こえる」であった。そのような内容に対して「しばらくハートが氷のように固まった」と大きな衝撃として受けとめたり、「悪魔の声がテレパシーで聴こえている」と超常現象として受けとめたりしたこと、さらには「もうどうでもいいや」という認知が生じたことが明らかになった。そのために「辛い」感情が湧き起こり「大泣きした」ことや「リストカットをした」「聴こえてくる悪い言葉を紙に書き、

（部屋の中で）燃やした」などの問題行動が引き起こされたことを語った。身体的な変化は特になく、幻聴への対処は「全ての悪魔よ、死ね！と念じる」ことであると語った。

3) C 氏

C 氏にとって幻聴が起こりやすい状況は「土曜日、日曜日によく聴こえる」や「たまに平日も聴こえるが、30 分くらいで終わる」であり、週末に幻聴が起こりやすく、平日の幻聴は頻度も持続時間も少ないことを語った。内容は「職場の人間の声で、『おまえはエイズ！梅毒！』『殺す！』という言葉が、テープで繰り返し再生するように聴こえる」であり、これについての認知は「仕事をやめさせようとしている」「本当に殺されると思った」「眠ったら、殺されてしまうかもしれない」という非常に切迫したものであったことを語った。これらの認知に続いて生じる感情は、「苦しい」「怒り」「恐怖」であったと述べ、行動として、自らの身を守るために「一晩中起きていた」や「布団の下に出刃包丁を置いた」と語った。身体的な変化は特になく、幻聴に対しては「知らないフリをしていると回数が減る」という幻聴を無視する対処の他に「寝ると聴こえないので、酒を飲んで寝る。夜の薬と一緒に飲んでも大丈夫だ」とアルコールと薬の併用を対処としていることを述べた。

4) D 氏

D 氏にとって幻聴が起こりやすい状況は「自宅（アパート）の隣の部屋に人がいる時、または隣人が帰宅した時（隣には外国人家族が住む）」あることと「気持ちが不安的な時に聴こえてくる」というものであった。幻聴の内容は「自分の悪口（責められる、批判されるような内容）だと思う」であり、その際に「隣人が実際には自分の悪口を言っていないのではないかと考えることもあるが、声が聴こえてくると、悪口のように聴こえる」や「聴こえてくる声と実際の声の区別はつくけど、（聴こえてくることが）不思議だなと思う」という認知があることが明らかになった。感情については「良い気持ちではない。悔しくて、悲しい気持ち」「不愉快で苦しく、嫌な感じ」などの不快なものであると述べ、そのために「声に対して『うるさい』と言って壁を蹴ったら穴があいた」との問題行動につ

表 5 ホットチャートを使用した面接における対象者の発言

対象者	状況	内容	認知	感情 身体 行動	対処
A	・起きているときは、時刻や場所を問わず、ほとんどいつでも	・日常生活のほとんどの事に乱暴な言葉で命令する ・トイレに入ると「時間が長いぞ」「そのくらいしかでないのか」 ・風呂に入ると「洗い残しがないか忘れないようにしろ」	・声にのせられてしまっている ・声に従ってしまうのではないかと？声に逆らえないのではないかと？ ・知り合いの夫婦の声で聴こえるが、現実には、そんなことを言わないことはわかっている	・イライラする ・嫌な気持ちになる ----- ・ドキドキする ・トイレに何度も行きたくなる ----- ・動くことや人と話すこと、行事への参加が億劫になる	・そうじゃないと反論したり、聞き流すようにしたり、無視しようとするが上手くいかない
B	・入浴中 ・母が運転する車の助手席に座っている時	・「死ね！死ね！」が何度も繰り返して聴こえる	・しばらくハートが氷のように固まった ・悪魔の声がテレパシーで聴こえている ・もうどうでもいいや	・辛い ----- ・特になし ----- ・大泣きした ・リストカットをした ・聴こえてくる悪い言葉を紙に書き、(部屋の中で)燃やした	・全ての悪魔よ死ね！と念じる
C	・土曜日、日曜日によく聴こえる ・たまに平日も聴こえるが、30分くらいで終わる	・職場の人間の声で、「おまえはエイズ！梅毒！」「殺す！」と言う言葉が、テープで繰り返し再生するように聴こえる	・仕事をやめさせようとしている ・本当に殺されると思った ・眠ったら、殺されてしまうかもしれない	・苦しい、怒り、恐怖 ----- ・特になし ----- ・一晩中起きていた ・布団の下に出刃包丁を置いた	・知らないフリをしていると回数が減る ・寝ると聴こえないので、酒を飲んで寝る。夜の薬と一緒に飲んでも大丈夫だ
D	・自宅(アパート)の隣の部屋に人がいるとき、または隣人が帰宅したとき(隣には外国人家族が住む) ・気持ちが不安定なときに聴こえてくる	・自分の悪口(人を責めるような内容)	・隣人が実際には自分の悪口を言っていないのではないかと考えることもあるが、声が聴こえてくると、悪口のように聴こえる ・聴こえてくる声と実際の声の区別はつくけど(聴こえてくることが)不思議だと思う	・良い気持ちではない ・悔しくて、悲しい気持ち ・不愉快で苦しく、嫌な感じ ----- ・特になし ----- ・声に対してうるさいと言って、壁を蹴ったら穴が空いた	・人と会話していると声が聴こえなくなるので、人の中にいるほうが聴こえにくい

* カッコ内は研究者が追記

ながったことを語った。身体的な変化については特になく、対処については「人と会話していると声が聴こえなくなるので、人の中にいるほうが聴こえにくい」と対人関係を積極的にとる方法を述べた。

第4節 考察

1 幻聴に対する認知と幻聴がもたらす影響の段階的理解

1) 被支配的な認知と影響

A氏は幻聴に対する受けとめ方を「声にのせられてしまっている」と述べ、自分が幻聴に操られてしまうという被支配的な認知があった。幻聴に対するこのような患者の受け止め方は典型的なものであり（Birchwood & Chadwick, 1997；石垣, 2005）、これが強まると幻聴の言葉に従い、問題行動に至ってしまうことが、多くの当事者の手記によって報告されている（Schiller & Bennett, 1994/1995；松本, 2001；森, 2002）。

それに対して A氏には「従ってしまうのではないか？逆らえないのではないか？」という服従への葛藤を示す認知があることも明らかになった。このような認知が、A氏から自問するかのように疑問形で表現されたことに着目すると、A氏の被支配的な認知は、まだ固定化されていないと考えることが可能である。このような場合においては、A氏の逡巡や葛藤に共感を示しながら疾患教育を行い、幻聴を統合失調症の症状として捉えるように促すこと、および幻聴に対する他の考え方の妥当性を一緒に考える（石垣, 2005；池淵, 2008）ことが、被支配的な認知の固定化の抑止につながる可能性があると考えられた。

また、A氏の聴こえやすい状況についての「起きているときは、時刻や場所を問わず、ほとんどいつでも」や、内容について「日常生活のほとんどの事に乱暴な言葉で命令する」等の発言（傍点は筆者が追記）に着目すると、攻撃的で批判的な幻聴が極めて頻繁に聴こえるとA氏が受けとめていることが推測された。その認知は「イライラする。嫌な気持ちになる」という不快な感情をもたらすだけでなく、「ドキドキする。トイレに何度も行きたくなる」など身体にも影響を

及ぼすこと、さらには「動くことや人と話すこと、行事等への参加が億劫になる」という行動の変化に関連していることも明らかになった。このような状況がもたらす生活のしづらさや精神的負担を十分に汲み取る働き掛けを行う一方で、**ほとんどいつでも、ほとんどの事**、という認知について、極度に偏っていないかを患者と共に再検討する取り組みも求められると考えられた。

また、命令的な幻聴に対して、A氏が反論や無視をしても効果的でないことが明らかになったが、このような対処の非効果性について同様な報告（木下, 2000；原田, 2006）があり、A氏への対処の助言をする際の根拠として、情報を提供することが必要であると思われた。

2) 現実の音声であると受け止める認知と影響

B氏は、乱暴な口調で繰り返し“死ぬ”と命令する幻聴に対して「**ハートが氷のように固まった**」と大きな衝撃をもって受け止め、「**悪魔がテレパシーで伝えている**」という妄想的思考につながっていたことが明らかになった。それに伴い「辛い」感情が湧き起こって「**大泣きした**」こと、さらには「**もうどうでもいいや**」という自暴自棄で絶望的な認知が生じたことから、リストカットや弄火という危険な問題行動につながったことが推測された。

C氏は、職場の人間の声で、性病に罹患していると断定され、一方的に“殺す”と繰り返される幻聴に対して「**仕事をやめさせようとしている**」と受け止めたり、「**本当に殺される**」「**眠ると殺されるかもしれない**」と受け止めたりする等、極度に危機的な状況として捉えていたことが明らかになった。これによって、「**苦しさ、怒り、恐怖**」等の激しい感情が湧き起こり、「**一晩中眠らずに布団の下に包丁を置く**」という極めて危険で過剰な行動につながったことが推測された。

またD氏は、幻聴の内容が「**自分の悪口**」であると受け止めたために、「**不愉快で苦しく嫌な感じ**」が湧き起こり、「**声に対してうるさいといって壁を蹴ったら穴があいた**」という突発的で粗暴な行動につながったことが明らかになった。

これらの過剰な反応や問題行動は、幻聴が現実の音声として聴こえていると捉えることが発端となって、対象者の感情的負担を強め、切迫した状況に自らを追い込むことが主な原因であると推測された。またこのような認知は、B氏の「全

ての悪魔よ死ね！」という客観的な視点が無い対処や、C 氏のようにアルコールと薬を併用し、強い酩酊作用を得ることによって幻聴を回避しようとする危険な対処につながっていると推測された。

2 患者の健康的な認知と効果的な対処

A 氏は、幻聴に対する被支配的な認知と同時に、「知り合いの夫婦の声で聴こえるが、現実にはそんなことを言わないことはわかっている」という現実的な認知を持っていることが明らかになった。また D 氏にも、「聴こえてくる声と実際の声の区別はつくけど、（聴こえてくることが）不思議だなと思う」という幻聴と現実を区別する客観的な認知があることが明らかになった。

しかし両者とも、それでも幻聴が現実には聴こえることに対する戸惑いがみられ、相反する認知のせめぎあいによる動揺が、患者の精神的負担を増加させる一因となる可能性があり、看護師はこのような患者の心の揺れ動きに留意する必要があると考えられた。

また A 氏、C 氏そして D 氏が、幻聴に対する効果的な対処として、「眠ると声は聴こえないので、服薬してよく眠るようにする」「知らないフリをしていると回数が減る」「人と会話していると声が聴こえなくなるので、人の中にいるほうが聴こえにくい」と述べていることから、常に幻聴に翻弄されているのではなく、主体的な対処を行っていることが明らかになった。患者が効果的と考える対処や健康的な認知について、患者の強みとして捉えてサポートする働き掛けが必要であり（Farhall et al, 2007）、このような情報を得ることは、患者の個別性を考慮した助言や援助につなげるために重要であると考えられた。

以上のことから、ホットチャートを使った面接によって、幻聴に対する患者の認知や感情を把握し、理解が困難であった患者の言動を、理解が可能な反応として共有することが可能であると思われた。また、幻聴が及ぼす影響を、状況や身体的変化、行動、対処の多角的な視点から捉えることができ、幻聴症状を持つ患者の理解が深まることが期待できると考えられた。

第 5 節 研究 2 の限界

研究 2 の対象者数が 4 名であること、対象者を急性期病棟で入院している患者に限定したことから、本研究の結果が他の患者に全て該当しない可能性があることが限界である。

第Ⅳ章 研究 3『幻聴がある統合失調症患者への面接マニュアル「ホットチャート」を用いた面接の効果の検証 -精神科看護師の認知・感情・対処の評価から-』

第 1 節 背景と目的

精神科看護師は、患者と近い距離で接する機会が多く、直接関わる時間が長い職種であることから、幻聴や妄想の訴えに直面する機会が多いと考えられる。しかし、第Ⅰ章で述べたように、精神科に勤務する看護師への調査において、患者からの幻聴の訴えが頻繁にあると感じている一方で、その対応が定まっていないという状況が示唆された。このことから臨床において看護師は、幻聴の訴えに苦慮しており、“苦手意識”を持っている可能性が高いと考えられる。

また、研究 2（第Ⅱ章）、および、研究 3（第Ⅲ章）において、本研究者は幻聴がある患者を対象者として、幻聴やそれに対する反応、対処を話題とした面接を行った。その際、面接終了後に対象者への感謝とねぎらいの言葉を述べると、対象者から“声について真剣に話を聴いてくれて嬉しかった”等の発言を得ることが少なくなかった。このような対象者の感想を踏まえると、一部の臨床現場において、患者からの幻聴の訴えを十分に傾聴できない状況があると推察される。

そのため本研究 3 では、臨床現場で働いている看護師に対して、第Ⅲ章で示した面接マニュアル「ホットチャート」を使用した面接を依頼し、幻聴の訴えに対する看護師の認知・感情・対処に及ぼす影響について検討し、幻聴を訴える患者への看護に活用する示唆を得ることを目的とした。

第 2 節 研究方法

1 対象者

本研究では X 県の 100 床以上の精神科単科病院 (A 施設、B 施設、C 施設) に協力を依頼し、協力が得られた施設毎に対象者 1・2・3 の三群に分けて実施した。

対象者 1 は、持続的な幻聴があり、それを苦痛であると感じており、意思疎通

が可能な入院治療中の患者とし、主治医および病棟師長の許可を得たうえで、本研究への協力の同意が得られた者とした。

対象者 2 は、対象者 1 の受持ち看護師であり、幻聴を話題とする面接の実施に、協力を得られた者とした。

対象者 3 は、対象者 2 の対照群であり、開放・閉鎖病棟等の職場環境によるバイアスをできるだけ小さくすることを目的として、対象者 2 と同じ病棟で勤務し、研究の趣旨に賛同し、自主的な協力を得られた看護師とした。

2 データ収集と分析方法

1) データ収集に用いた質問紙 (QFOcec) と面接で用いた「ホットチャート」

質問紙は、患者からの幻覚や妄想の訴えに対する看護師の“認知・感情”、および、“対処”の2つの領域を評価する尺度である「幻覚・妄想の訴えに対する精神科看護師の認知・感情・対処を評価する質問紙」(白石・則包、2010) (questionnaire focusing on the cognition, emotion, and coping of psychiatric nurses : 以下, QFOcec) を用いた(表 6)。QFOcec において、“認知・感情”の領域は、因子Ⅰ【心理的脅威】、因子Ⅱ【業務負担感の増大】、因子Ⅲ【自己対応能力への疑問】、因子Ⅳ【対応困難感】の4つの因子から構成され、合計16の質問項目への回答によって評価される。“対処”の領域は、因子Ⅰ【積極的・協働的対処】、因子Ⅱ【症状否認的対処】、因子Ⅲ【非傾聴的対処】、因子Ⅳ【関与拒否的対処】の4つの因子から構成され、合計10の質問項目への回答によって評価される。

QFOcec への回答は、《常にそうである》《時々そうである》《まれにそうである》《ほとんどない》の4段階のうち、1つを自記式にて選択する。選択された段階を、それぞれ4~1点として領域毎に集計し、得点が高いほど構成因子の程度が強いことを示す(注【積極的・協働的対処】は反転項目として処理し評価する)。

“認知・感情”に関する Chronbach's α 係数は全体で.875、各因子で.664~.782 であり、“対処”に関する Chronbach's α 係数は全体で.600、各因子で.427~.761 であり、信頼性が得られている。また、項目間の相関と I-T 相関 (Item-Total Correlation Analysis) の検討を行い、表面的妥当性を確認した。さらに、探索的

表 6 幻覚・妄想の訴えに対する精神科看護師の認知・感情・対処を評価する質問紙 (QF0cec)

因子	名 (質問項目数)	No) 質問内容
領域	認知・感情	<p>因子Ⅰ 心理的脅威 (6項目)</p> <p>1) 幻覚や妄想の訴えがあると、不安になる 6) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、落ち着かない気分になる 10) 幻覚や妄想の訴えに対して、戸惑う 11) 幻覚や妄想の訴えがあったときには、緊張する 21) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、患者を怖く感じる 25) 幻覚や妄想の訴えに対して、動揺する</p> <p>因子Ⅱ 業務負担感の増大 (5項目)</p> <p>2) 幻覚や妄想の訴えに対して、関わりたくないと感じる 8) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、煩わしいと感じる 15) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、イライラする 23) 幻覚や妄想の訴えに対応するのは、他の業務の妨げになると感じる 26) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、患者に怒りを感じる</p> <p>因子Ⅲ 自己対応能力への疑問 (3項目)</p> <p>4) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、ゆううつになる 9) 幻覚や妄想の訴えがあったときに、無力感を感じる 19) 幻覚や妄想の訴えに対して、つらい気持ちになる</p> <p>因子Ⅳ 対応困難感 (2項目)</p> <p>13) 幻覚や妄想の訴えに対する対応は、難しいと感じる 17) 幻覚や妄想の訴えに対応するのは、大変だと思う</p>
		<p>因子Ⅰ 積極的・協働的対処 (3項目) 注) 質問項目 12・22・24 は反転項目 (* 表示)</p> <p>* 12) 幻覚や妄想の訴えがあったときは、症状が軽減する対処について話をする * 22) 幻覚や妄想の訴えがあったときは、幻覚や妄想の起こりやすい状況について、患者と話をする * 24) 幻覚や妄想の訴えに対して、症状が軽減する対処法を患者と一緒に考える</p> <p>因子Ⅱ 症状否認的対処 (3項目)</p> <p>5) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、内容については否定する 7) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、「私はそう思わない (聞こえない)」と患者に伝える 16) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、「それは現実ではない」と患者に伝える</p> <p>因子Ⅲ 非傾聴的対処 (2項目)</p> <p>3) 幻覚や妄想の訴えに対しては、無視する 14) 幻覚や妄想の訴えがあったときには、聞き流している</p> <p>因子Ⅳ 関与拒否的対処 (2項目)</p> <p>18) 幻覚や妄想の訴えに対して、自分ではなく他のスタッフに訴えるよう患者に伝える 20) 幻覚や妄想の訴えがあったとき、訴えを控えるよう患者に伝える</p>

因子分析によって構成概念妥当性の検討を行った。

面接で用いた「ホットチャート」は、『幻聴の起こりやすい状況』『幻聴の内容』『認知』『感情』『身体(生理)的变化』『行動』『対処』の 7 つの質問項目から構成され、各質問への患者の発言を看護師が記載する様式であり(図 1 p20)、“認知が、感情や行動を規定する”という CBT の概念を基にして、本研究者が開発した。本博士論文の研究 2 (第Ⅲ章)において、幻聴がある患者を対象として、ホットチャートを使った面接を実施した。その結果から、幻聴が患者に及ぼす影響について、ホットチャートが看護師の理解を深める可能性があるかと推察されている(則包, 2013)。

2) 研究の手順と分析方法

研究の手順とデータの分析方法について、以下に述べる(図 2)。

①対象者 2 および対象者 3 に QFOcec への回答を求めた(1 回目)。

②対象者 2 に対して、「ホットチャート」を用いた面接(以下、HC 面接)の概要と実施方法の説明を、例を提示した資料を配付し口頭で約 30 分間かけて行った。また、本研究者の連絡先を示し、HC 面接に関する疑問や問題が生じた際には、いつでも連絡が可能であることを伝えた。

③対象者 1 と対象者 2 はそれぞれペアを組み、対象者 2 が対象者 1 に HC 面接を実施した。各質問項目に対する対象者 1 の発言は、面接中にホットチャートに対象者 2 が記載し、その後、本研究者が回収した。

HC 面接は約 2 週間毎に 3 回実施し、実施期間中には本研究者が病棟を訪問し(1~2 回)、対象者 1 と対象者 2 に会い、面接に関する疑問や問題等の有無を確認した。対象者 3 には、面接を実施せず、従来通りの業務の継続を依頼した。

④3 回の面接が終了した後に、対象者 2 および対象者 3 に、再度 QFOcec への回答を求めた(2 回目)。

⑤対象者 2 と対象者 3 の幻聴の訴えへの意識と対応に差異がある可能性を検討するために、1 回目(HC 面接前)の QFOcec の結果の比較を、Mann-Whitney 検定を用いて行った。その後、QFOcec の 1 回目と 2 回目(HC 面接後)の比較

を、対象者毎に Wilcoxon の符号付順位検定を用いて行った。統計ソフトは SPSS16.0 J を用いた ($p < .05$)。

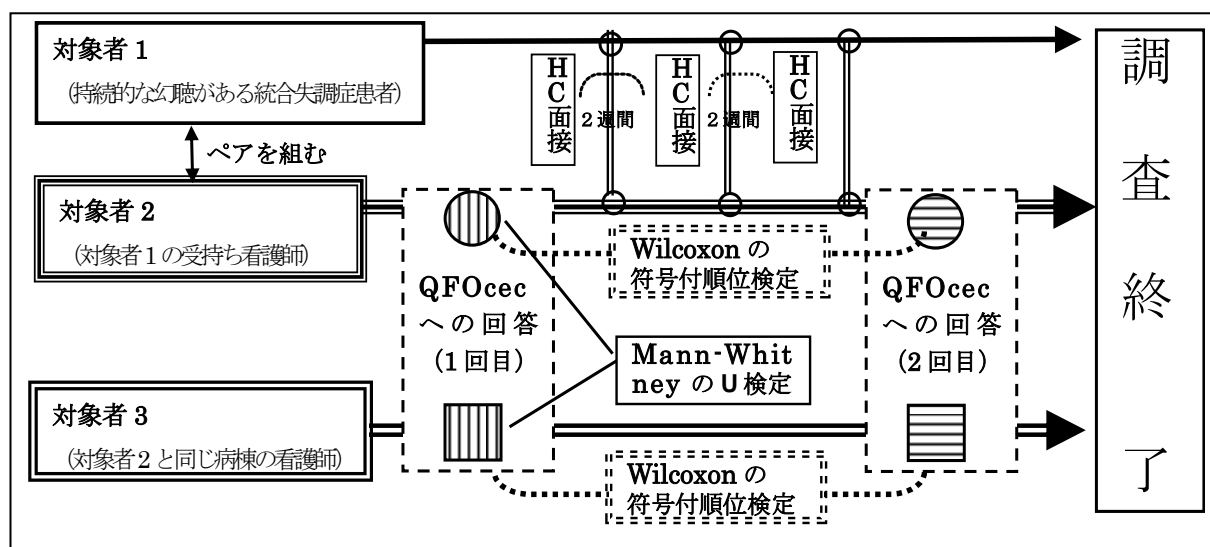


図2 研究の手順と分析方法

3) 倫理的配慮

研究の実施に際して、対象者1に不利益が生じないことを優先した。まず各病院の医院長、看護部長に研究の趣旨を説明し承諾を得たうえで、対象者1の紹介を依頼した。その後紹介された対象者1に、研究の目的、個人情報の守秘等を記載した文書を配付し、口頭で説明した。HC面接については、受持ち看護師によって3回行うこと、“悩まされている声”を話題にし、内容を筆記で記録することを説明した。また、HC面接の継続を不快に感じる可能性があることを口頭で伝え、その場合には拒否や中断が自由にできることを丁寧に説明した。さらに、本研究への協力の有無が治療や看護等に影響を及ぼさないことを繰り返し説明したうえで、本研究者の連絡先を明記した同意書を配付し、いつでも連絡できることを伝えた。研究への同意は、その場で求めず、熟考して決定するように説明し、約1週間後に研究者が再訪して、署名にて同意を得た。

対象者2には、受持ち患者の協力への同意が得られていることを伝え、研究の趣旨、目的、方法等を記載した資料を配付し、口頭で説明を行ったが、研究への協力が決して強制ではないことを強調し、同意書への署名にて同意を得た。

対象者 3 の選定においては、対象者 2 の病棟の責任者(師長、主任)を通して、研究の趣旨等を記載した資料を配付し、自由意志による協力を依頼した。協力への賛同が得られた対象者に、研究者が口頭で研究の説明を行い、同意書への署名にて同意を得た。また対象者 3 が HC 面接を希望した場合には、本研究終了後に改めて説明を行ったうえで、実施が可能であるとの説明を行った。

なお、本研究は弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認(2007-073)を得て実施した。

第 3 節 結果

1 対象者の概要

1) 対象者 1 の概要

対象者 1 は、23 名(男性 12 名、女性 11 名)であり、入院病棟は閉鎖病棟 13 名、開放病棟 10 名であった。年齢は 54.7 ± 11.7 歳であり、罹病期間は 27.7 ± 12.8 年であった(表 7)。

また、対象者 1 の人数については、研究開始時には 25 名であったが、4 週間後に 2 名が協力の辞退を希望したため、最終的に 23 名となった。辞退の理由は、HC 面接で幻聴を話題にすることが不快と感じたためであり、

表 7 対象者 1 の概要

対象者数	男性 12名 女性 11名	入院病棟	閉鎖病棟 13名 開放病棟 10名
施設	A施設 男性3名 女性2名	年齢	54.7 ± 11.7 歳
	B施設 男性7名 女性7名		
	C施設 男性2名 女性2名	罹病期間	27.7 ± 12.8 年

ペアとなっていた対象者 2 を通じて本研究者に伝えられた。対象者 2 に約 1 ヶ月間の経過観察を依頼したが、辞退した 2 名の対象者に特変はみられなかった。

2) 対象者 2 と対象者 3 の概要

対象者 2 は、23 名（男性 9 名、女性 14 名）であり、年齢は 20～50 歳代であった。看護師が 16 名、准看護師が 7 名であり、勤務年数は 5 年未満が 7 名、5 年以上 20 年未満が 12 名、20 年以上が 4 名であった（表 8）。研究開始時には 25 名であったが、前述したとおり、対象者 1 のうち 2 名が協力を辞退したため、最終的に 23 名となった。

対象者 3 は、22 名（男性 7 名、女性 15 名）であり、年齢は 20～60 歳代であった。看護師が 16 名、准看護師が 6 名であり、勤務年数は 5 年未満が 5 名、5 年以上 20 年未満が 8 名、20 年以上が 9 名であった（表 8）。対象者 3 は研究開始時には 25 名であったが、2 回目の QFOcec の回答の際に 1 名が多忙を理由に協力を辞退したこと、QFOcec の回答の不備により、最終的に 22 名となった。

表 8 対象者 2 と 3 の概要

	対象者2	対象者3		対象者2	対象者3
対象者数	男性 9	男性 7	年齢	20歳代 6	20歳代 4
	女性 14	女性 15		30歳代 7	30歳代 5
				40歳代 4	40歳代 2
				50歳代 6	50歳代 10
免許	看護師 16	看護師 16			60歳代 1
	准看護師 7	准看護師 6			
勤務病棟	閉鎖病棟 13	閉鎖病棟 12	勤務年数	1-3年未満 6	1年未満 1
	開放病棟 10	開放病棟 10		3-5年未満 1	1-3年未満 1
				5-10年未満 6	3-5年未満 3
				10-20年未満 6	5-10年未満 3
				20年以上 4	10-20年未満 5
					20年以上 9
					単位: 人数

3) 面接結果と調査期間

HC 面接を実施した場所は、病棟のホールであり、面接時間は 1 回目が、19.8 ± 9.1 分間、2 回目が 15.7 ± 7.9 分間、3 回目が 16.1 ± 9.9 分間であり、全体を通

して 17.2 ± 9.1 分間であった。

調査期間は 2007 年 6 月～2008 年 9 月であった。

2 QFOcec の統計的比較の結果

1) 対象者 2 と対象者 3 の 1 回目の QFOcec の比較

1 回目の QFOcec の結果を、対象者 2 と対象者 3 で比較すると、領域での有意差はみられなかった(表 9)。

2) 対象者毎の比較

対象者 2 で、1 回目と 2 回目の QFOcec の結果を比較すると、“認知・感情”領域では有意差がみられなかったが、“対処”領域で有意差 ($p=0.02$) がみられた(表 10)。そこで、“対処”領域を構成する因子毎に比較すると、因子 I【積極的・協働的対処】に有意差 ($p=0.01$) があった(表 11)。因子 II、因子 III、因子 IV では有意差はみられなかった。

対象者 3 で、1 回目と 2 回目の QFOcec の結果を比較すると、“対処”領域の p 値が 0.05 を示したが、有意差はみられなかった(表 10)。

第 4 節 考察

ホットチャートを用いた面接前に対象者 2 と対象者 3 に実施した QFOcec の比較において有意差がみられなかったことは、幻覚・妄想の訴えに対する認知・感情・対処に関して、二つの群に差異がなかったことを示すと考えられる。これを踏まえて今回の結果を考察すると、HC 面接前後に実施した対象者 2 の QFOcec の比較において、幻聴の訴えに対する“対処”領域に有意差がみられたことについて、ホットチャートが関与した可能性が高いと考えられた。すなわち、ホットチャートを用いた面接を看護師が実施することによって、患者の幻聴への対処や起こりやすい状況について積極的に話題にし、症状を軽減するための協働的な関わりが増えることが示唆された。

表 9 対象者 2 と 3 の 1 回目の QFOcec の比較

1回目				
領域	認知・感情		対処	
	AV±SD	p値	AV±SD	p値
対象者2 (n=23)	27.9±5.5	0.22	20.1±3.6	0.26
対象者3 (n=22)	30.2±7.8		19.1±3.1	

Mann-Whitney検定

表 10 HC 面接前後の領域の比較

		対象者2 (n=23)		対象者3 (n=22)	
領域	回数	中央値(最小-最大)	p値	中央値(最小-最大)	p値
認知・感情	1回目	27.0(17-41)	0.91	32.0(17-45)	0.12
	2回目	26.0(18-39)		31.0(17-39)	
対処	1回目	20.0(13-27)	0.02*	19.0(13-26)	0.05
	2回目	18.0(13-25)		17.5(13-24)	

Wilcoxonの符号付順位検定

表 11 対処領域因子の比較

対象者 2 (n=23) □				
領域	因子No.	回数	中央値(最小-最大)	p値
対処	因子 I	1回目	7.0(4.0-12.0)	0.01*
		2回目	6.0(3.0-11.0)	
	因子 II	1回目	8.0(3.0-10.0)	0.09
		2回目	6.0(4.0-9.0)	
	因子 III	1回目	3.0(2.0-5.0)	0.45
		2回目	3.0(2.0-6.0)	
	因子 IV	1回目	2.0(2.0-3.0)	0.46
		2回目	2.0(2.0-4.0)	

Wilcoxonの符号付順位検定

患者の幻聴への対処について先行研究では、ほとんどの患者が独自の対処を用いており、それらの対処には、合理的かつ効果的な方法も少なくないことが明らかになっている (Falloon & Talbot, 1981; Buccheri et al, 1996; Nayani & Anthony, 1996; 江畑, 1999)。また、岩井 (1992; 1994) は、幻聴を話題とした患者への面接を行った研究において、一見すると病的に思える患者の行動が、幻聴への対処であるという視点を医療スタッフが持つことの重要性を述べている。さらに、HC 面接を実施した先行研究では、弄火や抗精神病薬とアルコールの併用、器物破損等の危険な行動であっても、幻聴への対処として患者の“苦渋の選択”である可能性が示されており (則包, 2013)、HC 面接において、幻聴への対処を話題にすることは、看護師の患者への理解を深め、患者に対する共感的な関わりにつながる可能性があるかと推察された。

幻聴が起りやすい状況について先行研究では、「先行する出来事や心理的ストレス、および患者の意識状態」が幻聴の出現に関与する可能性について報告されている (石垣ら, 2000)。また、幻聴が「不安、孤立、過労、不眠」の条件が重なったときに、普遍的に人間に生じる体験であることを、遭難者や帰還兵の体験等を紹介しながら説明すると、患者が幻聴について見直す機会となり、幻聴への治療的介入の準備段階となることが報告されている (原田, 2006)。これらの報告を踏まえると、HC 面接によって、幻聴の起りやすい状況について看護師が把握することは、患者への治療的な関わりの導入につながると推測された。

その一方で、対象者 3 の 1 回目と 2 回目の QFOcec の比較において、有意差は認められなかったが“対処”領域の p 値が 0.05 であったことは、幻聴の訴えに対する看護師の対処が、ホットチャートを用いた面接を実施しなくても積極的な関わりに変化する傾向があることを示していると思われた。これについて、対象者 3 の本研究への自主的な参加、および、QFOcec の実施が影響を及ぼした可能性が考えられた。これを踏まえると、幻聴の訴えに対する看護師の関わりが積極的な方向へ変化することは、決して困難なことではないと想定され、ホットチャートを用いる面接や QFOcec の実施でさえ、その“きっかけ”の一つとなる可能性があるかと推察された。

第 5 節 研究 3 の限界と課題

本研究では、患者と受持ち看護師の面接の実施によって進められたため、それぞれの患者－看護師関係が、結果に影響を及ぼしている可能性があることが、本研究の限界である。また、対照群の選定については、所属環境に関するバイアスを最小限にすることに配慮し、対象者 2 と同じ病棟から対象者 3 の参加と協力を依頼したが、勤務年数、年齢等のバイアスへの配慮が伴わなかったことも本研究の限界である。

また本調査は、複数の施設の協力を得て実施されたが、一県の限定した地区にある精神科病院でのデータであり、今後は全国的な規模での調査が必要であると考ええる。

さらに、本研究では“患者を最も悩ませている幻聴”に焦点を当てるため、患者の精神状態に対して細心の注意をはらって実施した。それにもかかわらず、調査期間中に辞退者がでたことを重く受けとめ、患者の症状に直接的に関わる際の配慮について、今後の課題としたいと考える。

第Ⅴ章 研究の総括と考察

第1節 研究1のまとめ

幻聴症状がある患者に対して、直接インタビューを行うことによって、以下のことが明らかになった。

患者は、幻聴に対して関わりを持たないように、聞き流したり、相手にしなかったりという方法や、幻聴と関わる場合には、丁寧な言葉遣いで穏やかに対応するという対処を用いていた。さらに、音楽・テレビ鑑賞、買い物や作業、運動等の活動を調整することによって、幻聴への注意・関心をそらす対処を用いていた。また、看護師等の身近な医療スタッフや家族・知人への相談など、他者とのコミュニケーションを積極的に行うことを幻聴への対処として用いていた。さらに、症状が悪化する兆候を察知した自主的な服薬、および、疾患の知識や情報を得て、“症状”として幻聴を理解しようとする合理的な対処や、日記、ぬいぐるみの活用によって、幻聴を外在化する客観的な対処を行っていた。

これらの対処は、幻聴に対して一定の効果があるものとして抽出されたが、その一方で、聴こえなくなるまで我慢を続ける対処、および、他に手段が無く成り行きに任ずという対処を余儀なくされている場合も少なくないことが明らかになり、患者が幻聴に対して、強い敗北感や威圧感を持っていることが推測された。さらに、幻聴に対して、大声で怒鳴ったり、反論したりする対処も抽出されたが、症状の改善に繋がらないことが明らかになった。このような対処に費やされる患者の心的エネルギーと時間の膨大さを考えると、非効果的な幻聴への対応が、患者にとって大きな負担となることが推察された。

これらのことから看護師は、幻聴への患者の対処を重要な情報として収集し、着目する必要があると示唆された。そして、幻聴に対する患者の否定的な感情に留意しながら、患者が既に行っている効果的な対処の評価と強化を目的とした関わりが重要であると考えられた。

また、これらの働きかけの過程において、患者との信頼関係の構築を念頭に関わる

ことが、認知行動療法を導入する環境を整えることにつながると推察された。

第2節 研究2のまとめ

本研究者が、認知療法の理論を基盤として開発した面接マニュアル「ホットチャート」を用いた面接を、幻聴症状がある患者を対象として実施したところ、幻聴が及ぼす影響について、以下のことが明らかになった。

患者は幻聴に対して、コントロールすることが困難であり、従わなければならないという被支配的な認知、および、現実の音声として、あるいは、超越した存在からのメッセージとして受け止めるという非合理的な認知を持っていた。

そして、このような認知が、辛い、苦しい、不安、恐怖などの否定的な感情の生起や、動悸や頻尿などの生理的变化につながっており、日常生活に大きな影響を与えることが明らかになった。また、幻聴によって自暴自棄に陥りやすくなり、粗暴な言動や弄火、アルコールと抗精神病薬の併用等の問題行動につながる可能性があることが明らかになった。

その一方で、幻聴を現実の声ではないと捉える冷静な認知や、幻聴を真に受けずに、幻聴と実際の声を区別しようとしていることが明らかになった。また、聴こえることが不思議だと思える客観的な認知も併せ持っていた。そして、このような合理的な認知は、頓服薬の服用や自主的に就寝して睡眠をとること、および、他者とのコミュニケーションを意図的に行うなどの効果的な対処につながっていることが明らかになった。

これらのことから、面接マニュアル「ホットチャート」を用いて、幻聴に焦点を当てた面接の実施は、幻聴が及ぼす患者への影響を、詳細に、かつ、効率的に把握することが可能であると考えられた。さらに、幻聴が起こりやすい状況から患者の対処行動に至る過程を、包括的に捉えることが可能であることから、看護師の患者に対する理解や共感が深まり、認知行動療法の導入に対して有効であることが推察された。

第3節 研究3のまとめ

幻聴を多角的に評価する「ホットチャート」を用いた面接の実施が、幻聴の訴えへの看護師の意識と対応に及ぼす影響を検討した。

幻聴がある患者（対象者1）と受持ち看護師（対象者2）の各23名がペアを組み、3回の面接を実施した。対象者2と面接を実施しない対象者3（対照群）には、面接の前後に、幻聴の訴えに対する“認知・感情”および“対処”を評価する質問紙（QFOcec）を実施し、統計的に比較した（ $p < .05$ ）。

面接前後の比較において、対象者2では“対処”の評価を構成する“積極的・協働的対処”に有意差があり、症状が軽減する対処、および、幻聴が起こりやすい状況、について話をする傾向が面接後にみられた。

これらのことから、「ホットチャート」を用いた面接は、幻聴を訴える患者と看護師との会話の機会を増やし、幻聴の発生状況や対処について、患者と看護師が情報を共有するきっかけになると推察された。

一方、対象者3では質問紙の1回目と2回目の比較において、有意差はみられなかったものの、“対処”領域の p 値が 0.05 であった。この結果は、面接を患者に行わなくとも、幻聴の訴えに対する質問紙の実施によって、幻聴の訴えに対する看護師の対処が積極的な関わりに変化する可能性があることを示していると思われた。これらを踏まえると、幻聴の訴えに対する看護師の関わりが能動的な方向へ変化することは、けっして困難なことではないと推察され、ホットチャートを用いる面接が、その端緒となる可能性があると考えられた。

その一方で、ホットチャートを用いる面接は、幻聴を話題とすることへの患者の精神的苦痛に配慮し、患者への十分な説明と細心の配慮が不可欠であると思われた。

第4節 幻聴を訴える患者への効果的な看護についての考察

近代看護の基礎を築いた Nightingale は、その著書「Notes on Nursing ; What It

Is and What It Is Not (邦題；看護覚え書)」(1860/1968)の中で、看護について“この世の中に看護ほど無味乾燥どころかその正反対のもの、すなわち、他人の感情のただ中へ自己を投入する能力を、これほど必要とする仕事はほかに存在しない”と述べ、患者に湧き起こっている感情を把握し、患者の立場になって考える重要性を強調している。また、精神科看護を自らの専門とした Travelbee (1971/1974) は、看護における患者と看護師の人間関係の重要性について論じた著書「Interpersonal Aspects of Nursing(邦題；人間対人間の看護)」において“個人を援助するために絶対に基本となることは、病人が自分の病気をどう知覚しているかという点について、看護師が理解を深めるということである（傍点は訳文のまま）”と述べ、患者の疾患に対する感じ方や受けとめ方への理解を深めることが看護の基盤であるとしている。

これらの看護の先人達の言葉を踏まえながら、これまで述べてきた研究の結果を考察すると、“患者に今、何が起きているのかについて、看護師は知る必要がある”という結論が導き出される。外科に勤務する看護師は、患者の創傷の状態について、詳細に把握して処置を行っているはずである。内科に勤務する看護師は、疾患による器質的障害が及ぼす生理的データの変化や日常生活への影響を詳細に把握したうえで、患者に接しているはずである。ならば、精神科に勤務する看護師は、精神疾患がもたらす症状が、どのように患者に影響を及ぼしているのかについて把握する必要があると考える。

これらのことから、幻聴を訴える患者への看護として、患者の言葉に耳を傾け、患者が既に行っている対処を把握する過程において、信頼関係の構築に留意しながら関わるのが、まず求められると考える。また、幻聴が患者に及ぼす影響を詳細に把握することによって、幻聴を患者の困り事として共有し、認知行動療法を導入する患者の動機づけや治療的環境を整えることが、看護師の重要な役割になると考える。

幻聴の訴えを否定も肯定もせず、関心を幻聴からそらすという従来に関わりに加えて、幻聴という症状に患者とともに向き合い、改善に取り組んでいくという関わりが、これからの精神科看護に求められる新たな視点であると考察された。

第Ⅵ章 結語

- ・幻聴を訴える患者に対して、症状に焦点を当てない関わりが一般的な看護とされるが、その関わりを困難と感じる看護師が少なくない。そこで、①患者が独自に行っている幻聴への対処を把握すること、②幻聴が患者の認知や感情等へ及ぼす影響について、認知行動療法の理論を基盤とした面接マニュアル「ホットチャート」を用いて共有すること、③幻聴の共有が看護師に及ぼす影響を統計的に比較し検討すること、を目的として研究を行った。これらの研究結果を基として、幻聴への対応に認知行動療法の視点を取り入れた看護について考察することを、本博士論文の主たる目的とした。
- ・患者が行っている幻聴への対処について「情動中心の対処」と「問題中心の対処」の2つの視点で、カテゴリー分類をした。「情動中心の対処」は【幻聴と関わる】【幻聴と関わらない】、および、【活動を活発化する】【活動を抑制する】に分類された。「問題中心の対処」は【他者と交流を持つ】【有効な対処の活用】【正確な情報を得る】に分類された。これらの対処には、効果的と思われる方法が含まれていたが、非効果的で患者に大きな負担となっている対処もあり、看護師がこれらの情報を把握することの重要性が示唆された。
- ・「ホットチャート」を用いて幻聴症状がある患者に面接を行った結果、患者は幻聴に対して、制御できないという被支配的な認知や、現実の音と受け止める認知を持っていることが明らかになり、これらは患者の否定的な感情や問題行動につながっていた。その一方で、幻聴と現実の音を区別したり、客観的に考えたりする合理的な認知も持っていることが明らかになった。これらのことから、「ホットチャート」を用いた関わりは、幻聴の共有を促し、幻聴を訴える患者に対する看護師の理解が深まる可能性が示唆された。
- ・精神科看護師を対象として、「ホットチャート」を用いて患者に面接をする群としない群に分け、面接の前後の質問紙への回答データを統計的に比較した。その結果、「ホットチャート」を用いた面接によって看護師は、患者と幻聴を話題する機会が増え、患者が行っている幻聴への対処や幻聴が起こりやすい状

況について把握する機会が増える可能性があることが明らかになった。このことから、「ホットチャート」を用いたアプローチは、幻聴を訴える患者に対する有効な看護につながる可能性が示唆された。

- ・これらのことから、幻聴を訴える患者への看護として、まず、患者と真摯に向き合い、患者が既に行っている対処を把握する過程において、信頼関係の構築に留意しながら関わる必要があると思われる。また、幻聴に対する患者の認知に着目する「ホットチャート」によって、幻聴が及ぼす影響を詳細に把握しながら患者と関わることは、認知行動療法の視点を取り入れた看護として着目される視点であると推察された。

謝 辞

兵庫教育大学連合大学院博士課程において、当初より主指導教員として、丁寧かつ的確な研究指導をして頂きました井上和臣先生に、心から御礼を申し上げます。沢山の大切なことを井上先生から学ぶことができ、私にとって、この上ない幸運でした。

また、副指導教員としての的確なご指摘を頂きました山下一夫先生、岩井圭司先生に、心から深くお礼を申し上げます。先生方からの貴重なご助言を、今後の研究の糧として、さらに精進していきます。

また、津田芳見先生には、途中からにもかかわらず、主指導教員をお引き受けくださいまして、本当にありがとうございました。津田先生からのご配慮やお言葉は、論文作成において、力強い支えとなりました。

そして、患者さんの皆様、病院・施設スタッフの皆様の協力があつてこそ、研究を実施することができました。

本研究のために、沢山の方々に大変お世話になりました。本当にありがとうございました。

文献

- 阿部あかね (2013), 精神科看護者にとって作業療法と生活指導への実践が有する意義 - 1950・1960年代のわが国における実践報告の分析 -, 立命館人間科学研究 (27), 15-29.
- Beck,A.T., (1976)/大野裕 訳 (1990), 認知療法－精神療法の新しい発展－ (第 2 刷), 177-250, 東京 ; 岩崎学術出版社.
- Beck,A.T., & Rector,N.A., (2000), Cognitive therapy of schizophrenia : A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 291-300.
- Berelson,B.,(1952)/稲葉三千男・金圭煥 訳 (1957), 内容分析, 47-63, 東京 ; みすず書房.
- Benedetti,G.,(1975)/馬場謙一 訳 (1987), 精神分裂病論, 70-74, 90-91, 東京 ; みすず書房.
- Birchwood,M., Chadwick,M., (1997), The omnipotence of voices : testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine* 27(6), 1345-53.
- Buccheri,R., Trygstad,L., Kanas,N., Waldron,B., Dowling,G. (1996). Auditory Hallucinations in Schizophrenia; Group Experience in Examining Symptom Management and Behavioral Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing* 34(2), 12-26.
- Buccheri,R., Trygstad,L., Dowling,G., Hopkins,R., White,K., Griffin,J.J., et al (2004), Long-term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 42(1), 18-27.
- Buccheri,R., Trygstad,L., Buffum,M., Lyttle,K., Dowling,G., (2010). Comprehensive evidence-based program teaching self-management of auditory hallucinations on inpatient psychiatric units. *Issues in Mental Health Nursing* 31(3), 223-231.
- Buffum,M., Buccheri,R., Trygstad,L., Gerlock,A.A., Birmingham,P., Dowling,G.A., et al (2009). Behavioral management of auditory hallucinations; Implementation and Evaluation of a 10-Week Course. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental*

- Health Services 47(9), 32-40.
- Cheung,P., Schweitzer,L., Crowley,K., Tuckwell,V., (1997), Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. Schizophrenia Research, 26, 181-190.
- Christodoulides,T., Dudley,R., Brown,S., Turkington,D., Beck,A., (2008), Cognitive behaviour therapy in patients with schizophrenia who are not prescribed antipsychotic medication : a case series. Psychology and psychotherapy, 81(2), 199-207.
- 江畑 敬介 (1999), 幻聴への自己対応機制, 保崎秀夫 (編), 精神医学レビュー No.31 幻覚 (第 1 版), 38-44, 東京 ; ライフサイエンス出版.
- England,M.,(2005), Mediation of the relationship between inner voice experiences and health-related quality of life. Perspectives in Psychiatric Care 41(1), 22-34.
- 江副勉, 台弘 (1958), 戦後 12 年間の松沢病院の歩み, 精神神経学雑誌 60 (9), 991-1006.
- Falloon,R., Talbot,E., (1981), Persistent auditory hallucinations :coping mechanisms and implications for management. Psychological Medicine, 11(2), 331-338.
- Farhall,J., Greenwood,K.M., Jacson,H.J.,(2007),Coping with hallucinated voices in schizophrenia : a review of self-initiated strategies and therapeutic interventions.Clinical Psychology Review, 27(4), 476-93.
- Freeman,S.M, Freeman,A., (2004) /白石裕子監訳 (2008), 看護実践における認知行動療法 (初版), 46-51, 305-324, 東京 ; 星和書店.
- 藤本豊・石澤健・吉田昭久, 日本臨床心理学会編著 (2010), 幻聴の世界—ヒアリング・ヴォイシズ (初版), 12-20, 東京 ; 中央法規出版.
- 福井至 (2005), 認知行動療法の基礎概念を学ぶ, こころの科学 121, 31-34.
- 舟島なをみ (1999), 質的研究への挑戦 (第 1 版), 40-46, 東京 ; 医学書院.
- 古川 壽亮 (2008) 日本語版監修・解説, Beck & Beck の認知行動療法ライブセッション, 3, 東京 ; 医学書院.
- Gerlock,A., Buccheri,R., Buffum,M., Trygstad,L., Dowling,G.,(2010). Responding to

- command hallucinations to harm; The Unpleasant Voices Scale and Harm Command Safety Protocol. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 48(5), 26-33.
- Goodlife,L., Hayward,M., Brown,D., Turton,W., Dannahy,L., (2010), Group person-based cognitive therapy for distressing voices : views from the hearers. *Psychotherapy Research*, 20(4), 447-461.
- 浜田 晋(1973), 第 2 章 精神障害者をどうとらえるか, 浜田 晋, 広田伊蘇夫, 松下正明, 二宮富美江(編):改訂版 精神医学と看護 症例を通して. 47-49, 144, 東京;日本看護協会出版会.
- 原田誠一(2006), 統合失調症の治療, ー理解・援助・予防の新たな視点ー, 29-32, 67-77, 113-118, 東京;金剛出版.
- 林直樹(1985), 精神病者の幻聴現象の分析 - 多変量解析による試み I -. *精神医学* 27(3), 267-278.
- 広田伊蘇夫(1973), 第 4 章 分裂病, 浜田 晋, 松下正明, 二宮富美江(編):改訂版 精神医学と看護 症例を通して. 144-145, 東京;日本看護協会出版会.
- 池淵恵美・向谷地生良(2005), 統合失調症の症状自己対処:仲間集団での認知行動プログラム, *精神障害とリハビリテーション*, 9(1), 46-56.
- 池淵恵美(2008), 統合失調症の治療に認知療法はどのような貢献をしたか, *認知療法研究*, 1, 33-44.
- 井上和臣編著(2004), 認知療法・西から東へ(初版), 4-5, 14-15, 東京;星和書店.
- 石垣琢麿, 丹野義彦, 道又襟子, 上田晶康, 石垣ちぐさ, (2000). 幻聴に関する半構造化面接法の開発. *臨床精神医学* 29(5), 569-574.
- 石垣琢麿(2001), 幻聴と妄想の認知臨床心理学 精神疾患への症状別アプローチ(第 1 版), 76-79, 東京;東京大学出版会.
- 石垣琢麿(2005), 統合失調症, *こころの科学* 121, 89-92.
- 岩井圭司(1992), 精神分裂病と不安 - 慢性分裂病者の対抗行動を通して -, *臨床精神医学* 21 (4), 683-690.

- 岩井圭司（1994），分裂病における対処行動 - 陽性症状への“対抗”を中心として - ，精神科治療学 9（8），939-946.
- 神郡博（1975），作業を媒介にした働きかけの必要性，精神科看護（2），12-16.
- 神田橋條治，荒木富士夫（1976），「自閉」の利用 - 精神分裂病者への助力の試み - 精神神経学雑誌，78(1)，43-57.
- 神田橋條治（1988）発想の航跡，17-35，東京；岩崎学術出版社.
- 鹿島清五郎（編），日本精神科看護技術協会監修（1986），精神科看護の手引き，178-180，名古屋；日総研出版.
- 木下文彦（2000），急性期精神分裂病の対処様式-治療転機との関係について-，慶應医学 77（5），209-218.
- 北野進，渡部大志，阿部理沙，針間博彦，織壁里名，田崎優子（2004），妄想に対する認知療法の試み，日本精神科看護学会誌 47（2），258-262.
- 小林八郎（1971），病院精神医学研究，15-201，127-188，東京；医学書院.
- 厚生労働省ホームページ，
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/01.pdf>. 2014/12/8.
- Lazarus,R., & Folkman,S.,(1984)/本明寛・春木豊・織田正美（監訳）（1991），ストレスの心理学 - 認知的評価と対処の研究 -（初版），136, 332-336, 351-359, 東京；実務教育出版.
- Lewis,S., Tarrier,N., Haddock,G., Bentall,R., Kinderman,P., Kingdon,D., et al（2002）,Randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy in early schizophrenia : acute-phase outcomes. The British Journal of Psychiatry, 43, 91-97.
- 前川早苗（2006），看護がはじめる「認知療法」－認知療法がひらく精神科看護の新常識－，精神看護 9（2），22-26.
- 松本昭夫（1981），精神病棟の二十年，72-78，東京；新潮文庫.
- 森実恵（2002），心に乗っとられて ある精神障害者の手記，17-20, 37-38, 69-70，東京；潮文社.
- 中井久夫（1982），精神科治療の覚書 59-65, 118-125, 158-161，東京；日本評論社.

- 中井久夫 (1985), 中井久夫著作集 精神医学の経験 2 巻 治療: 妄想患者とのつき合いと折り合い - してはいけないらしいことと許されるだろうことと (1979) 49-51, 東京; 岩崎学術出版社.
- Nayani,T.H., and Anthony,S.D.(1996). The auditory hallucination -a phenomenological survey-,Psychological Medline (26) , 177.
- Nightingale,F., (1860) /湯楨ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 田村真, 小南吉彦 訳 (1968), ナイチンゲール=看護覚え書 (第 5 版), 217, 東京; 現代社.
- 日本認知療法学会ホームページ, http://jact.u.min.jp/introduction_shtml, 2014/1/8.
- 則包和也, 白石裕子 (2004) , 幻聴・妄想の訴えの対応に関する精神科看護師の意識調査 - 幻聴・妄想への新しいアプローチを検討するために -, 第 35 回 日本看護学会抄録集; 精神看護, 119.
- 則包和也 (2013) , 幻聴が及ぼす影響を多角的に評価する面接マニュアル「ホットチャート」の実践 - 認知療法の視点を取り入れた幻聴のアセスメント -, 日本精神保健看護学会誌, 22 (1) , 29-38.
- 則包和也, 白石裕子 (2015), 統合失調症患者が行っている幻聴への対処, 認知療法研究, 7(1)66-74.
- Penn,D.L., Meyer,P., Evans,E., Wirth,R., Cai,K., Burchinal,M., et al (2009), A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. Schizophrenia Research, 109,52-59.
- Rathod,S., Phiri,P., Kingdon,D., (2010) , Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. Psychiatric Clinics of North America, 33(3),527-36.
- Rector,N.A., Beck,A.T.,(2001),Cognitive behavioral therapy for schizophrenia -an empirical review-. Journal of Nervous and Mental Disease, 189(5),278-87.
- 坂野雄二 (2005), 認知行動療法の基本的発想を学ぶ, こころの科学 121, 26-30.
- Schiller,L., & Bennett,A., (1994) /宇佐川晶子訳 (1995), ロリの静かな家 分裂病に囚われた少女の記録 (初版) ,116-124, 157-165,177-185, 228-233,東京; 早川書房.

白石裕子,則包和也(2010). 幻覚・妄想の訴えに対する精神科看護師の認知・感情・
対処の検討－精神科看護における認知行動療法の導入を目指して－. 日本
精神保健看護学会誌,19(1),34-43.

Sullivan,H.S., (1953) /The Interpersonal Theory of Psychiatry, 359-363, The
William Alanson White Psychiatric Foundation, Reprinted in 2001 by
Routledge,London EC4P 4EE.

鈴置初子(1986), 第9章 症状看護 1. 幻覚, 妄想をもつ患者の看護, 鹿島清
五郎(編) 日本精神科看護技術協会監修(1986), 精神科看護の手引き,
178-180, 名古屋; 日総研出版.

Tarrier,N., (1987), An investigation of residual psychotic symptoms in discharged
schizophrenic patients. British Journal of Clinical Psychology, 26(2), 141-143.

Travelbee,J.,(1971)/長谷川浩, 藤枝知子訳 (1974), トラベルビー 人間対人間の
看護(第1版), 12-13, 東京; 医学書院.

Tsai,Y.F., & Ku,Y.C,(2005), Self-care symptom management strategies for auditory
hallucinations among inpatients with schizophrenia at a Veterans' hospital in
Taiwan. Archives of Psychiatric Nursing, 19(4), 194-199.

Tsai,Y.F., & Chen,C.Y.,(2006), Self-care symptom management strategies for auditory
hallucinations among patients with schizophrenia in Taiwan. Applied Nursing
Research 19(4), 191-196.

Turkington,D., Dudley,R., (2004) ,Cognitive behavioral therapy in the treatment of
schizophrenia. Expert Review of Neurotherapeutics, 4 (5), 861-8.

Turkington,D., Sensky,T., Scott,J., Barnes,T., Nur,U., Siddle,R.,et al (2008), A
randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent
symptoms in schizophrenia : a five-year follow-up. Schizophrenia Research,
981-987.

浦河べてるの家 (2005), べてるの家の「当事者研究」(第1版), 62-134, 東京;
医学書院.

台弘(編)(1978), 分裂病の生活臨床, 1-7, 8-15, 東京; 創造出版.

VandenBos,G,R (2007) 原著監修/繁榊算男・四本裕子監訳 (2013) ; APA 心理学大辞典 (初版), 272-278, 296-556, 東京 ; 培風館.

Yusupoff,L., and Tarrier,N.,(1996) , Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions (Chapter5). Cognitive-Behavioural interventions with Psychotic disorders. 86-102, .
<http://www.brown.uk.com/brownlibrary/YUSUP.htm>,2013/1/8.

資料 1

研究 1

対象者への依頼書および同意書

インタビューガイド

研究の依頼および同意書（研究 1）

統合失調症の症状である幻聴は、不快でわずらわしく、日常生活に良くない影響を与えるものだと思います。このような幻聴に対して、皆さんがどのように対処しているのかについて、是非教えていただきたいと考え、「統合失調症患者が行っている幻聴への対処について」をタイトルとした研究を進めております。つきましては、インタビューによって対処方法についてお話を伺いたいと思います。

研究の実施に関して、個人情報の取り扱いには十分留意します。データは研究以外に用いることはありません。また、研究へのご協力については、いつでも自由に断ったり、中断したりすることができ、その場合不利益を被ることは全くありません。

また、研究へのご協力のなかで、身体的な苦痛や精神的な苦痛が生じた場合は、遠慮なく研究者の則包（のりかね）、またはスタッフまでお知らせ下さい。

私、_____は上記の説明を理解し、研究へ協力することに同意します。

研究者連絡先

名前：則包（のりかね）和也（香川県立医療短期大学 精神科看護助手）

電話：087-870-1256（香川県立医療短期大学共同研究室）

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

インタビューガイド（研究 1）

1. 面接の目的と同意の確認

今日は、わざわざお時間を取っていただき、ありがとうございました。早速ですが、これからのインタビューで、〇〇さんの聴こえてくる声（幻聴）についてお話を聞きたいのです。よろしいでしょうか。

では、インタビューの時に〇〇さんの発言内容を、私が紙に書きとめてもよろしいでしょうか？→拒否された場合：それでは、インタビューが終わった後に思い出して、記録を書いてもよろしいですか？

では、宜しくお願いします。今までに、〇〇さんに声（幻聴）が聴こえた時、どんな気持ちになりましたか？→特に嫌な気持ちになる事がありましたか？

では、また教えて欲しいことがあります。そのような嫌な気持ちになった時に、〇〇さんはどうしましたか？どう対処しているのかを教えてくださいませんか？

では、その対処は、〇〇さんにとって、上手くいっていますか？

では、声が聴こえてきた時に他人からのこんな言葉で楽になったとか、こうして欲しい等の希望があれば、教えてください。

それでは、これでインタビューを終わります。お疲れ様でした。

以上

資料 2

研究 2

調査施設への依頼書

インタビューガイド

研究依頼書（研究 2）

〇〇病院 看護部長

弘前大学大学院保健学研究科

則包 和也

研究へのご協力をお願いについて

謹啓

いつもお世話になっております。ますますご健勝のほど、お喜び申し上げます。

この度は、研究のご依頼のため、ご連絡をいたしました。

研究の題目は「幻聴が及ぼす影響を多角的に評価する面接マニュアル『ホットチャート』の実践－認知療法の視点を取り入れた幻聴のアセスメント－』です。研究計画書等を資料として、別途に添付いたしております。ご多忙のおり、大変恐縮ですが、直接ご説明をいたしたいと考えております。

後日、日程調整のため、ご連絡をいたしますので、どうぞ宜しくお願いいたします。

末筆ですが、貴施設の益々のご発展をお祈りいたします。

謹白

弘前大学大学院保健学研究科（〒036-8564 本町 66-1）

精神看護学担当講師 則包 和也（のりかね）

電話：0172-39-5984（直通）

メール：norikane@cc.hirosaki-u.ac.jp

インタビューガイド（研究 2）

こんにちは。弘前大学の則包和也といいます。宜しくお願いします。

それでは、早速ですが、この用紙を使ってインタビューを始めたいと思います（ホットチャートについては説明済みで、記録する等の使用が了解されていることが前提）。

これまで、〇〇さんは、誰もいないのに声が聴こえてくることがあったということですが、もしよろしかったら、その声について、お話を聞かせて下さい。

これまで、どんな声が聴こえてきましたか？→ 対象者の発言の記載

ありがとうございました。では、ここ最近で一番悩まされているのはどんな声ですか？

→ 対象者の発言の記載

では、その声について教えて下さい。その声はどんな時に聴こえてきますか？その声が聴こえやすい状況はありますか？ → 対象者の発言の記載

では、そんな声が聴こえてきたら、〇〇さんはどう思いますか？→ 対象者の発言の記載

その思いの強さを 1～5 までの数字で表すとしたらどうですか？→ 〇を記載

ではそう考えると、〇〇さんの気持ちはどうなりますか？→ 対象者の発言の記載

その気持ちの強さを 1～5 までの数字で表すとしたらどうですか？→ 〇を記載

そうですか。そんな声が聴こえると、〇〇さんの体に変化はありますか？

対象者からの質問、または回答が難しいようであれば→例えば、ドキドキしたり、顔が赤くなったり…のようなことです。→ 対象者の発言の記載

では、声が聴こえるときにはどんな行動をしますか？ → 対象者の発言の記載

では声に対して、意識して対処している行動はありますか？ → 対象者の発言の記載

その方法は、声に対してどれくらい効果的ですか？ → 対象者の発言の記載

（ホットチャートを示しながら）〇〇さんの言葉をこのように整理すると、声が聴こえやすい状況は〇〇で、聴こえると〇〇のように考えることが多いということですね？そして、そう考えると〇〇のような気持ちになり、〇〇のような変化が体におこるようですね？そして、〇〇のような行動をとるとということですね？

これまでの説明で、付け加えるところや間違っているところがありますか？

では、これでインタビューは終了です。お疲れ様でした。

資料 3

研究 3

調査施設への依頼書

研究説明書（対象者用）

研究依頼書（研究 3）

平成 年 月 日

〇〇看護師長

弘前大学大学院保健学研究科
則包 和也

研究協力依頼について

初夏の候、皆様には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、この度は『幻聴がある統合失調症患者への面接マニュアル「ホットチャート」を用いた面接の効果の検証 ―精神科看護師の認知・感情・対処の評価から―』についての研究を行うにあたり、ご協力の依頼をさせていただいた次第です。

幻聴を訴える患者さんの看護は精神科医療スタッフにとって重要な援助ですが、対応の難しさを感じたり、実際にどのような援助が効果的であるのかについて戸惑ったりする場面も少なくないと考えます。

そこで本研究では、幻聴が及ぼす患者さんへの影響を簡便かつ多面的に把握することができるように、認知行動療法の視点を取り入れた面接法の開発を目的といたしました。つきましては、貴院で治療中の患者さん、および勤務されている看護師の皆様にご協力をいただきたくお願い申し上げます。

ご多忙中のところ恐縮ではございますが、ご協力の程よろしくお願い致します。

1. 対象者

対象者 1・・・持続する幻聴症状がある統合失調症患者

対象者 2・・・上記患者の受持ち看護師

対象者 3・・・上記看護師と同じ病棟に勤務しており、本研究へご協力頂ける看護師

2. 期間

5 週間～6 週間

3. 方法

質問紙調査用紙（QFOcec）と研究者が作成した面接用紙（ホットチャート）を使用して、3 回の面接を行って頂きます。詳細を別紙 1 に記載しておりますので、ご参照をお願いいたします。

別紙 1 研究へのご協力に関する説明

1 目的

本研究は、幻聴に苦しむ患者さんに、質の高いケアを提供するために、看護の視点を取り入れた認知行動療法的面接法を開発することを目的としました。

2 実施期間

本研究の実施期間は、約5～6週間を予定しています。

3 対象者

この研究では、対象者1、対象者2、対象者3と分けることを考えています。

対象者1とは、統合失調症で、今も幻聴が聴こえている患者さんです。20名程の患者さんを対象にする予定です。

対象者2とは、対象者1のそれぞれの受け持ち看護師です。

この研究では、対象者1の方と対象者2の看護師は、ペアでの参加とご協力をお願い致したいと考えております。

対象者3とは、3年間以上（仮）の精神科での勤務体験を持つ看護師を考えており、患者さんとペアにならずに、対象者2の対照群としての協力参加となる予定です。対象者2の看護師と同じ病棟からご協力を頂きたい思います。

4 研究方法

①条件をみたす患者さんに本研究の説明をして、同意があった方を対象者1（20名）とします。

②対象者1の受け持ち看護師に本研究の説明をして、同意があった看護師（20名）を対象者2とします。

③条件をみたす看護師に本研究の説明をして、同意があった看護師（20名）を、対象者3とします。

④対象者2および対象者3の看護師に、研究者が作成に関与した「幻覚・妄想の訴えに関する精神科看護師の認知・感情・対処に関する質問紙」を実施します。なお、この際に皆さんのお名前を記入していただくことを申し添えます。

⑤対象者2に、研究者が作成した面接法マニュアル（仮称：ホットチャート）を用いた面接方法を説明すると同時に、認知行動療法の概要についても説明を行ないます。説明の実施回数は、研究期間中、対象者の必要等に応じて、数回の実施を予定しています。

⑥対象者2は、対象者1に対して、2週間毎に面接法マニュアルを用いた面接を3回行います。

⑦3回の面接を終えた時点で、対象者2および対象者3に、再び「幻覚・妄想の訴えに関する精神科看護師の認知・感情・対処に関する質問紙」を実施します。この際にも、皆さんのお名前を記入していただくことになります。

⑧データを集計し、統計的に検討を行います。

5 実施に伴う危険性及び問題が生じた場合の対処

本研究では、対象者1の患者さんとペアを組んだ対象者2の看護師が、幻聴

を話題とした面接を実施します。したがって対象者1には、幻聴症状の活発化が起こる可能性が考えられます。そこで研究に参加中の期間（その前後）に、対象者1の精神状態の変動に対する十分な注意と配慮が必要であるかと思えます。そのため研究者は対象者2および関連する医療スタッフに対して、緊密に連絡をとる体制（訪問・電話・メール等の連絡手段）を整える努力をします。また実際に対象者の精神状態が不安定になった場合は、スタッフと相談の上、協力の中断が可能であることを対象者に説明します。

6 プライバシーの保護

プライバシーの配慮には十分留意し、この研究で得られたデータは、統計的に処理し、個人情報の守秘を厳守します。研究発表においても個人が特定されるような情報は一切公表しないことを厳守します。

また、対象者1の選定に関しては幻聴症状を話題にするために、事前に本研究の趣旨を主治医、師長、施設長等の医療スタッフに説明し承認を得ます。そして研究に参加しても問題がないと思われる対象者の候補者を、研究者と医療スタッフによって検討し選定します。研究への参加は、その後の本人の同意を得ることが前提となります。

7 対象者の参加同意の自由と、途中での参加撤回の自由

この研究においては、皆さんのご協力が欠かせないものになります。しかしこの研究への参加は皆さんの自由であることをここにお伝えします。研究に協力しないことが、皆さんにとって何ら不利な条件にはならないこと、また一旦協力へ同意していただいても、その後いつでも、協力をやめることができますのでご安心ください。

8 クレームの自由

この研究への協力中に、皆さんからのご意見やクレーム、疑問等がありましたら、ご遠慮なく、研究者やスタッフに伝えてください。また、協力が終わった後でもけっこうです。

また研究者だけではなく、研究者が所属する弘前大学大学院保健学研究科長に伝えること可能であることをお知らせいたします。

問い合わせ先

弘前大学大学院保健学研究科 則包（のりかね）和也

住所：〒036-8564 弘前市本町66-1

電話：0172-39-5984（研究室直通）

メールアドレス：_____

研究科長 ○○○○

電話：○○ ○○